

Das Patientenarmband im Kontext der Sicherheitskultur eines Krankenhauses

BACHELOR-Thesis zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln

Fachbereich Gesundheitswesen

Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft, Schwerpunkt Management

Markus Brühl

Moltkestraße 77

50674 Köln

Matrikelnummer 511360

Erstprüfer Prof. Dr. Andreas Becker

Zweitprüfer Prof. Dr. Marcus Siebolds

Datum 23.05.2016

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung in die Thematik.....	3
2	Fragestellung	3
3	Zielsetzung.....	4
4	Grundlagen	4
4.1	Patientensicherheit	4
4.2	Klinisches Qualitäts- und Risikomanagement	5
4.3	Sicherheitskultur	6
4.4	Messung der Sicherheitskultur	7
4.5	Systemtheoretische Aspekte	8
4.6	Theorie des geplanten Verhaltens	9
4.7	Patientenarmband als Maßnahme der Patientensicherheit	9
4.8	Kontext der Rahmenbedingungen	11
4.9	Standardisiert systematische Beobachtung	13
4.10	Standardisierte Interviews	13
5	Methodik.....	13
5.1	Literaturrecherche.....	14
5.2	Standardisiert systematische Beobachtung	15
5.3	Standardisierte Interviews	16
6	Ergebnisse	17
6.1	Literaturrecherche.....	17
6.2	Standardisiert systematische Beobachtung	36
6.3	Standardisierte Interviews	36
7	Diskussion.....	42
8	Ausblick/ Empfehlungen	48
9	Zusammenfassung	50
10	Anhang	53
10.1	Literaturverzeichnis.....	53
10.2	Abbildungsverzeichnis.....	60
10.3	Abkürzungsverzeichnis	61
10.4	Eidesstattliche Erklärung	62
10.5	Einverständniserklärung.....	63
10.6	Anlagen.....	64

1 Einleitung in die Thematik

Die Patientensicherheit im Krankenhaus ist in der heutigen Zeit von zentraler Bedeutung und Relevanz. Der Umgang damit führt zu einer intensiven Auseinandersetzung mit Fehlerursachen, unerwünschten sowie kritischen Ereignissen und der Reduktion von Risiken im Berufsalltag. In Krankenhäusern und Kliniken werden dazu unterschiedliche Prozesse und Maßnahmen angeregt, wie z.B. die Einführung und Etablierung eines klinischen Risikomanagements. Die Erstellung von beschriebenen oder standardisierten Prozessabläufen, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen bzw. Handlungsleitlinien werden nicht zuletzt auch, aufgrund unterschiedlicher Zertifizierungsverfahren sowie Aspekten der Risikoeinschätzung für Haftpflichtversicherer initiiert. Als eine Maßnahme zur Verbesserung der Patientensicherheit galt in den letzten Jahren die Einführung von Patientenarmbändern bei stationärer Aufnahme, ambulanten operativen Eingriffen oder Behandlungen. Die Umsetzung dieser Maßnahme, als einen Aspekt der Patientensicherheit, ist der Sicherheitskultur eines Krankenhauses untergeordnet. In der vorliegenden Arbeit dient dieser Teilaspekt, die Umsetzung dieser Maßnahme bei adulten Patienten¹, als ein exemplarisches Beispiel zur Betrachtung der Sicherheitskultur eines Krankenhauses.

2 Fragestellung

Der Autor der vorliegenden Arbeit ist Fachkrankenschwester für Anästhesie- und Intensivpflege und zurzeit als Funktionsleitung der Anästhesie in einem Krankenhaus der Akut- und Regelversorgung tätig. Auch dort wurden Patientenarmbänder eingeführt, die der Identitätskontrolle dienen sollen. Alle zu operierenden Patienten sollen ein Patientenarmband tragen. Trotzdem beobachtet der Verfasser dieser Arbeit im Alltag immer wieder Abweichungen von diesem Sicherheitsstandard. Patienten werden auch ohne ein solches Armband zur OP-Einschleusung gebracht. Dort findet zwar durch aktives Nachfragen beim Patienten eine Identitätskontrolle durch die Mitarbeiter statt, doch wird die Patienteneinschleusung, die Narkoseeinleitung und später auch die Operation begonnen ohne dass das erforderliche Armband getragen bzw. kontrolliert wird. Hier zeigt sich eine klare und eindrückliche Differenz zwischen den Leitvorgaben der Organisation, hier also des Krankenhauses und der konkreten, scharfen Umsetzung durch die Mitarbeiter, woraus sich folgende Fragestellungen ergeben:

Warum weichen Mitarbeiter von einem solchen Sicherheitsstandard ab, missachten ihn sogar und wie kann dieser Sachverhalt in den Kontext der Sicherheitskultur des Krankenhauses gestellt werden?

¹ Anm. d. Verf.: In der vorliegenden Arbeit wird bei geschlechts-unspezifischen Aussagen, aus Gründen der flüssigeren Lesbarkeit des Textes, ausschließlich die grammatikalisch männliche Form z.B. Patient, Mitarbeiter etc. verwendet.

Wie kommt es dazu, dass eine Maßnahme zur Patientensicherheit, welche von einer Organisation vorgegeben wird, im Alltag nicht bzw. nur unzureichend angewendet wird?

3 Zielsetzung

Die Hypothese des Verfassers der vorliegenden Arbeit entspricht einer defizitären Sicherheitskultur des beschriebenen Krankenhauses. Er möchte in der vorliegenden Arbeit aufweisen, wie sich dieses Defizit in der Anwendung des Patientenarmbandes darstellt und worauf es beruhen könnte bzw. welche Faktoren die Einstellungen und das daraus resultierende Verhalten der Mitarbeiter in Bezug auf Sicherheits- und Risikowahrnehmung beeinflussen. Anschließend möchte er darstellen, welche Folgen und Maßnahmen sich daraus ableiten lassen. Zur Operationalisierung der Fragestellungen ergeben sich folgende Ziele für diese Arbeit:

1. Eine Ist- Analyse der Umsetzung des Patientenarmbandes nach den diesbezüglichen Vorgaben des Unternehmens im beschriebenen Krankenhaus sowie einen Abgleich mit den entsprechenden Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
2. Eine orientierende und systematische Literaturrecherche zum Thema
3. Eine Bewertung der Ist- Analyse und ein Abgleich mit der aktuellen Literatur
4. Die Ergebnisse in den Kontext der Sicherheitskultur des Krankenhauses stellen
5. Eine Formulierung der resultierenden Maßnahmen und Folgen

4 Grundlagen

Das folgende Kapitel dient der Definition von Begrifflichkeiten sowie der Darlegung von Grundlagen, die für das Verständnis der weiteren Kapitel von Bedeutung sind.

4.1 Patientensicherheit

Es gibt keine einheitliche Definition zur Begrifflichkeit der Patientensicherheit. Auf die verschiedenen teils widersprüchlichen Definitionen und Formulierungen sowie die zahlreichen Elemente der Patientensicherheit kann und soll hier nicht im Detail eingegangen werden. In diesem Kapitel sollen verschiedene Formulierungen aufgeführt werden, die für den Zusammenhang der vorliegenden Arbeit und für das weitere Verständnis als sinnvoll erscheinen. Das deutsche Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.(2009), als führende deutsche überparteiliche Institution, die sich der Erforschung und Entwicklung für eine sichere Patientenversorgung einsetzt, definiert die Patientensicherheit als „...Abwesenheit unerwünschter Ereignisse.“ (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2009) im Rahmen der Gesundheitsversorgung. Aus dieser Definition resultieren Begrifflichkeiten, die für ein differenziertes und systematisches Verständnis grundlegend sind. Ein **unerwünschtes Ereignis** wird definiert, als ein schädliches Vorkommnis, das

eher auf der Behandlung, als auf der Erkrankung beruht und welches vermeidbar oder unvermeidbar sein kann. Ein **kritisches Ereignis** wird beschrieben, als ein Ereignis, welches zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht ist. Ob aus einem **Fehler** ein Schaden resultiert, als eine Handlung oder ein Unterlassen bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder auch kein Plan vorliegt, ist für die Definition irrelevant. Differenziert dargestellt wird der **Beinahe Schaden**, als ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können. (vgl. Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2009) Lessing (2015) beschreibt das aus diesen Begrifflichkeiten resultierende Modell der Patientensicherheit ist, „...als ein komplexes Zusammenspiel von verschiedenartigen Ereignissen und kausalen Wirkungsbeziehungen über den gesamten Verlauf des Versorgungsprozesses zu verstehen.“ (Lessing, 2015a, S. 84) Die WHO (World Health Organization, 2011) definiert Patientensicherheit als „...The Reduction of risk of unnecessary harm associated with health care to an acceptable minimum.“ (WHO World Health Organization, 2011) also die Reduktion des Risikos vermeidbarer Patientenschäden auf ein akzeptables Minimum. Im Vergleich zur der Definition des Aktionsbündnisses, die für den Autor der vorliegenden Arbeit eine Nullrate von unerwünschten Ereignissen als Ideal durch die Begrifflichkeit „Abwesenheit“ beschreibt, resultiert aus der Definition der WHO, dass eine Organisation dann als sicher arbeitet, wenn minimale Ereignisse zuverlässig korrigiert werden können. Dabei dürfen Zwischenfälle möglichst ohne spürbare Auswirkungen passieren und zudem wird gelernt diese zu bewältigen und unerwünschte Ereignisse zu vermeiden. Mit dem Begriff der Patientensicherheit werden Tätigkeiten, Prozesse und Aktivitäten bezeichnet die unerwünschte Ereignisse vermeiden bzw. ihre Folgen reduzieren helfen sollen. Hoffmann et al. (2015) definieren „...Patientensicherheit ist sowohl Ziel bzw. Ergebnis als auch der Weg dorthin.“ (Hoffmann et. al 2015, S. 87) Hoffmann und Rohe (2010) geben an, dass die Patientensicherheit als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse und ihrer Vermeidung international häufig um die Einhaltung von Qualitätsstandards erweitert wird, um Zugang zum Gesundheitswesen selbst zu umfassen. (vgl. Hoffman & Rohe, 2010, S. 92)

4.2 Klinisches Qualitäts- und Risikomanagement

Qualitätsmanagement im Krankenhaus soll die Aufgabe der Qualitätssicherung und der daraus resultierenden Qualitätsentwicklung und -garantie übernehmen. Nach Reif (2015) umfasst Qualitätsmanagement: „... alle Aspekte im Rahmen der Unternehmensführung, die im Zusammenhang stehen mit der von der obersten Leitungsebene formulierten grundlegenden Einstellung sowie den Absichten, Zielsetzungen und Maßnahmen in Bezug auf die Errichtung und Verbesserung der von ihr erbrachten Qualität. Hierbei sind Aspekte der Wirtschaftlichkeit, der Gesetzgebung und der Umwelt, sowie den Wünschen und Anforderungen der Kunden besonders zu beachten. Die Unternehmensleitung trägt die nicht

delegierbare Verantwortung für das Qualitätsmanagement und muss darüber hinaus auch aktiv für die konsequente Umsetzung auf allen Hierarchieebenen sorgen.“ (Reif, 2015, S. 83) Gemäß § 135 a Sozialgesetzbuch V (vgl. SGB V Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, 2015), sind Krankenhäuser zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität und zur Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements verpflichtet, um die Ergebnisqualität zu verbessern. Die ISO (internationale Organisation für Normung) legt über die Europäische Norm (EN) und DIN (Deutsches Institut für Normung) auf nationaler Ebene in der DIN EN 9001 (aktuell 9001:2015, seit September 2015 mit dreijähriger Übergangsfrist für die vorherige 9001:2008) die Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem fest. (vgl. Internationale Organisation für Normung) Viele Einrichtungen lassen sich nach diesem internationalen Standard zertifizieren. (vgl. Euteneier, 2015a) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist für die Ausgestaltung der Qualitätssicherung in der stationären Versorgung zuständig und regelt diese über die Qualitätsmanagement-Richtlinie für Krankenhäuser (KQM-RL). (vgl. KQM-RL, 2014) Diese Richtlinie wurde im Jahr 2014 um die Regelungen zur Einrichtung von patientenorientierten Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme sowie ein Patienten-Beschwerde Management erweitert. (vgl. Penner & Büscher, 2015) Mehr oder weniger deutliche Aspekte und Maßnahmen des klinischen Risikomanagements sind in den verpflichtenden Qualitätsmanagementsystemen enthalten. Dies befreit aber nicht von der Notwendigkeit, ein eigenes System zu etablieren. Ziel des klinischen Risikomanagements ist es, das Auftreten von kritischen Ereignissen, Fehlern und Beinahe-Schäden und die daraus resultierenden Risiken und Schäden für Patienten, Mitarbeiter und der Organisation zu vermindern. Dies beinhaltet auch die Risiken durch die Organisation selbst. Der PDCA-Zyklus (Plan Do Check Act) gilt als Methode zur Steuerung der Risiko- und Qualitätsmanagementprozesse. Die vier Schritte umfassen die Planung, Durchführung, das Handeln und die Prüfung der Prozesse, wobei dieser Zyklus im Risikomanagement auf risikobasierten Aspekten beruht. In vielen Krankenhäusern ist das klinische Risikomanagement sowohl funktional als auch organisatorisch in einer Stabstelle im Qualitätsmanagement verankert, woraus resultiert, dass es auch als Teil dessen verstanden wird. Als ein Instrument des Risikomanagements gilt z.B. das CIRS (Critical Incident Reporting System) als Berichts- und Lernsystem, um Fehlerquellen auf unterschiedlichen Ebenen zu ermitteln, Sicherheitslücken und Risiken in Behandlungsprozessen zu identifizieren, zu analysieren und zu bewerten. (vgl. Riedel & Schmieder, 2014)

4.3 Sicherheitskultur

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (2014) beschreibt Sicherheitskultur wie folgt: „...Die Kultur einer Organisation ist von ausschlaggebender Bedeutung für die Qualität der Arbeit, die von den Mitarbeitenden geleistet wird. Grob umschrieben bedeutet Organisationskultur die Art und Weise, wie miteinander

umgegangen wird. Bei der Kultur geht es etwa um Fragen, welches Verhalten z.B. in einem Krankenhaus oder in einer Praxis positiv bewertet und anerkannt, und welches sanktioniert wird. Sicherheitskultur ist ein wichtiger Teilbereich von Organisationskultur, der sich auf alle für eine Versorgungseinrichtung sicherheitsrelevanten Aspekte konzentriert. Patientensicherheit als handlungsleitender Wert steht im Zentrum einer positiven Sicherheitskultur im Gesundheitswesen. In diesem Zusammenhang wird auch oft der Begriff „Fehlerkultur“ verwendet. Damit soll verdeutlicht werden, dass die Beschäftigung mit Fehlern und die Art des Umgangs mit ihnen im Vordergrund steht. Wir ziehen hier den Begriff Sicherheitskultur vor, weil er über die Reaktion auf Fehler hinausgeht und das Thema Patientensicherheit in den Fokus rückt. [...] ² Individuelles Verhalten allein ist für Patientensicherheit nicht ausschlaggebend, die Kultur der Organisation bestimmt mit, ob Regeln und Gesetze eingehalten werden und wie sich das Individuum verhalten kann.“ (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2014, S. 21) Das Resultat aller Handlungen und Entscheidungen der Führung und der Mitarbeiter einer Organisation beeinflussen die Sicherheitskultur. Sie reflektiert welche Werte, Normen, Traditionen, Denkhaltungen und Paradigmen die Mitarbeiter teilen und praktizieren. (vgl. Euteneier & Bauer, 2015)

4.4 Messung der Sicherheitskultur

Erste Untersuchungen zur Sicherheitskultur in Organisationen stammen aus dem Bereich der Hochrisikoindustrie (Nuklearindustrie, Luft- und Raumfahrt). Ende der 1990er Jahre wurden zur Messung von Sicherheitskultur Instrumente aus den Bereichen der Hochrisikoindustrie übernommen und für den Gebrauch im Gesundheitssystem adaptiert. Einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung war die Veröffentlichung des Reports „To Err is Human“ vom Institute of Medicine. (vgl. Kohn, et al. 2000) Die dort veröffentlichten Zahlen von 44.000-98.000 Todesfällen/ Jahr durch Behandlungsfehler in den USA, führten zu einem zunehmenden Bewusstsein für Sicherheitskultur als Einflussfaktor auf Patientensicherheit. Dies führte zur Durchführung von mehreren Studien zu dieser Thematik. (vgl. Hammer, 2012, S. 11-28) Zur Bewertung einer Sicherheitskultur geben Euteneier und Bauer (2015) zehn Kategorien an. Durch diese oder anderweitige, teils zum Teil sehr subjektiven Kriterien oder Parametern kann eine Abfrage der Sicherheitskultur erfolgen. „...Die Maßstäbe, an denen sich ein Krankenhaus oder andere patientenversorgende Einrichtung messen lassen muss, entsprechen stets denen einer Hochrisikoorganisation.“ (Euteneier & Bauer, 2015, S. 63)

² Anm. d. Verf.: das Zeichen [...] stellt in der vorliegenden Arbeit eine Auslassung innerhalb eines Zitats dar.

4.5 Systemtheoretische Aspekte

In den Jahren nach dem zweiten Weltkrieg konnten, sich im Gegensatz zu den sozialwissenschaftlichen Traditionen, die klassischen Lehren der Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft zügig in den Managementwissenschaften etablieren. Das Verständnis dieser beiden Lehren wird aber in Bezug auf die Organisation als zu mechanisch und instrumental angesehen. Diesen traditionellen Managementlehren steht eine systemische Organisationstheorie gegenüber, die in den letzten 20 Jahren eigenständige Entwicklungen hervorgebracht hat. Unter dem Begriff der systemischen Organisationsentwicklung werden soziale Systeme in ihrer Komplexität zusammengefasst. Dieser Eigenwert und die daraus resultierende Dynamik des sozialen Systems „Organisation“ zwischen Personen, Gruppen und der Gesellschaft wird damit in den Blick gerückt. (vgl. Lobnig & Grossmann, 2013, S. 32-33) Als „Klassiker“ dieser systemischen Organisationstheorien sind Konzepte von Herbert A. Simon, James March, Karl Weick, Michel Crozier zu betrachten sowie Erkenntnisse aus den soziologischen Systemtheorien, wie jene von N. Luhmann, dessen Einfluss als zentral beschrieben wird. Die Frage nach der Beziehung zwischen der Organisation als soziale Einheit und ihre Mitglieder, verbindet alle Organisationstheorien miteinander. (vgl. Simon, 2013, S. 8-9) Luhmann (2002), als Systemtheoretiker, beginnt seine Theorie mit der Unterscheidung von System und Umwelt. Der Mensch ist kein System, ebenso ergeben die Mehrheit von Menschen kein System, „...der individuelle Mensch ist ein Konglomerat autopoetischer, eigendynamischer, nichttrivialer Systeme.“ (Luhmann, 2002, S. 82) Der Körper des Menschen ist ein biologisches System, sein Bewusstsein ein psychisches und die menschlichen Handlungen sind soziale Systeme. Somit hat der Mensch Anteile an verschiedenen Systemtypen. Eine Person (psychisches System) geht nie ganz in einer Organisation (soziales System) auf, sie leistet lediglich Beiträge, z.B. als Interaktion. Die Existenz der einzelnen Person und somit des psychischen Systems bleibt bestehen. Bei jedem System muss die Grenze zur Umwelt differenziert mit bedacht werden. Berghaus (2011) schreibt dazu: „...Ein System ist Differenz zur Umwelt. Umwelt gibt es nur durch das System. Die Umwelt ist die Aussenseite des Systems.“ (Berghaus, 2011, S. 41). Die Umwelt ist eine Konstruktion des Systems. Mit der Autopoiesis beschreibt Luhmann, dass sich Systeme selbst produzieren und reproduzieren, sonst sind sie keine. In sozialen Systemen ist es die Fortsetzung der Kommunikation in Kommunikationsprozessen, die für die Abgrenzung zwischen System und Umwelt sorgen. Er bezeichnet die ständigen, gegenseitigen Einflüsse zwischen System und Umwelt als Irritation, also als Störung oder Anregung auf die das System reagieren kann, wenn es dazu bereit und fähig ist. (vgl. Berghaus, 2011, S. 24-60)

4.6 Theorie des geplanten Verhaltens

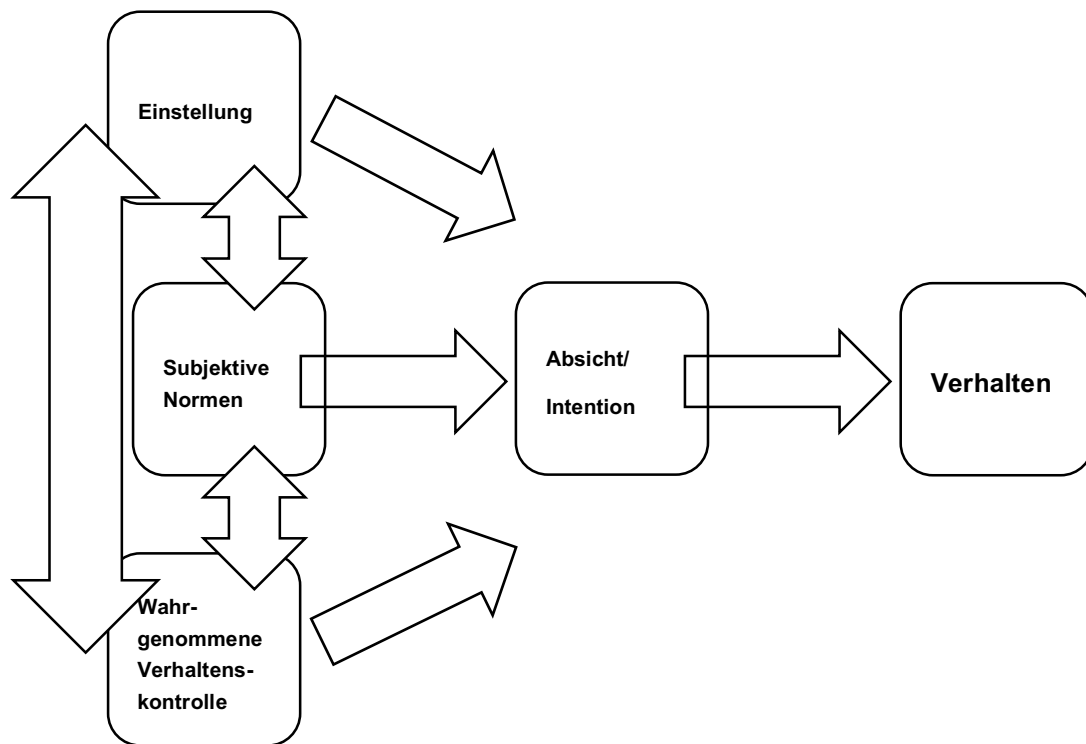


Abbildung 1: Theorie des geplanten Verhaltens (in Anlehnung an Ajzen, The Theory of Planned Behavior, 1991)

Die „Theory of Planned Behavior“ übersetzt als „Theorie des geplanten Verhaltens“ von Ajzen (vgl. Ajzen, 1985; Ajzen 1991) erklärt Verhalten, als mögliche Folge einer Absicht/ Intention (s. Abb.1). Diese Intention wird durch die drei Komponenten Einstellung gegenüber dem Verhalten, dem empfundenen sozialen Druck oder subjektive Norm und der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle beeinflusst. (vgl. Tegtmeier 2006, S. 3) Tegtmeier (2006) erläutert dazu: „...Menschen beabsichtigen folglich immer dann ein spezifisches Verhalten auszuführen, wenn ihre persönlichen Bewertungen dieses Verhaltens positiv sind (Einstellung), sie davon ausgehen, dass ihnen wichtige Bezugspersonen diesem zustimmen (sozialer Druck) und sie annehmen, dass die erforderlichen Ressourcen und Möglichkeiten verfügbar bzw. gegeben sind (Verhaltenskontrolle). Entspricht die subjektiv wahrgenommene Verhaltenskontrolle der tatsächlichen Kontrolle einer Person über das gefragte Verhalten, so mündet die Absicht in das Verhalten. Zeitliche Verzögerungen können aufgrund einer veränderten Informationsbasis zu einer Änderung der Absicht führen, wodurch die Verhaltensdurchführung vereitelt werden kann.“ (Tegtmeier, 2006, S. 3)

4.7 Patientenarmband als Maßnahme der Patientensicherheit

Der englische Psychologe James Reason (1990) entwickelte das „Swiss Cheese Model of System Accidents“. Dieses sogenannte Schweizer Käse Modell bringt zum Ausdruck, dass nur dann ein unerwünschtes Ereignis oder ein Unfall

entstehen kann, wenn die dazwischenliegenden Sicherheitsbarrieren versagen, also Löcher entstehen. Die Sicherheitsebenen werden mit hintereinanderliegenden Käsescheiben verglichen. Diese Barrieren können sowohl Menschen als auch technische Vorkehrungen sein. Die Löcher symbolisieren eine dynamische Unvollkommenheit von Sicherheits- und Schutzmaßnahmen durch aktives oder latentes Versagen, die durch beitragende Faktoren beeinflusst werden. Die Löcher müssen durch ungünstige Kombination oder durch besondere Umstände in einer Achse liegen um die Bahn eines unerwünschten Ereignisses zu durchdringen. (vgl. Reason, 1990)

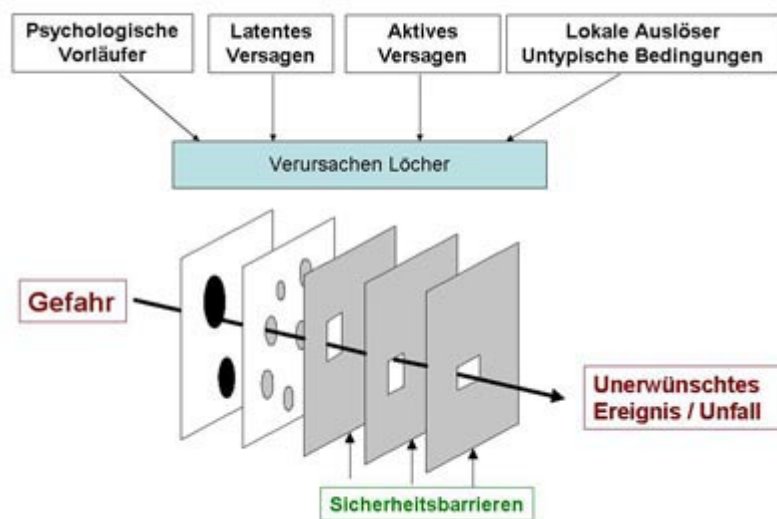


Abbildung 2: „...Swiss Cheese Model of System Accidents, nach Reason“ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (äzq), 2015)

Als eine solche Sicherheitsbarriere zur Verbesserung der Patientensicherheit gilt die Nutzung von Patientenarmbändern bei stationärer Aufnahme, ambulanten operativen Eingriffen oder Behandlungen. Diese Umsetzung beruht auf der „Handlungsempfehlung zur sicheren Patientenidentifikation“ des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. und entstand auf der Grundlage des Aktionsfeldes „Vermeidung von Eingriffsverwechslungen“, aus dem Jahr 2006 im Rahmen des WHO Projektes „Action on Patient Safety: High 5s“ (vgl. WHO, 2016), als eine globale Standardisierung von Prozessen. Unter der Mitwirkung von Experten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens wurden die Handlungsempfehlungen erarbeitet. Die Handlungsempfehlung sieht die Verwendung von Patientenarmbändern mit dem Kerndatensatz Name, Geburtsdatum und Identifikationsnummer vor und empfiehlt die Identifikation des Patienten vor jeder diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahme und jedem Transport. Eine erfolgreiche medizinische Versorgung basiert auf der Tatsache, dass jeder Patient zu jedem Zeitpunkt der Versorgung sicher identifiziert werden kann. (vgl. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2008) Euteneier (2015) schreibt, dass die Patientenidentifikation als Aspekt der Patientensicherheit damit

eine zentrale Aufgabe des klinischen Risikomanagements darstellt, mit dem Ziel die richtige Therapie dem richtigen Patienten zur richtigen Zeit zukommen zu lassen. (vgl. Euteneier, 2015, S. 483)

4.8 Kontext der Rahmenbedingungen

Die Analyse der Umsetzung des Patientenarmbandes als exemplarisches Beispiel zur Betrachtung der Sicherheitskultur eines Krankenhauses findet in der Einrichtung statt, in der der Autor der vorliegenden Arbeit selbst tätig ist. Dieses überregionale Versorgungskrankenhaus der Grund- und Regelversorgung, mit stationären und ambulanten Gesundheitsleistungen verfügt über rund 340 Betten, beschäftigt 840 Mitarbeiter und versorgt jährlich ca. 17000 Patienten stationär und 20.000 ambulant. Schwerpunkte der medizinischen Fachbereiche liegen sowohl in der konservativen als auch in der interventionellen und operativen Versorgung. Das Krankenhaus verfügt seit 2005 über ein zertifiziertes Qualitätsmanagement und ist nach dem Zertifikat der EN ISO 9001:2008 zertifiziert. Qualitätsindikatoren als Kennzahlen zur Behandlungsqualität, werden zur Weiterentwicklung sowie zu einem Vergleich mit anderen Einrichtungen eingesetzt. Das Qualitäts- und Risikomanagement arbeitet eng in einer Abteilung zusammen und soll die Umsetzung der Instrumente zur Gewährleistung der Patientensicherheit koordinieren und begleiten. Mögliche Risiken sollen dadurch erfasst und analysiert sowie entsprechende Vorbeugemaßnahmen ergriffen werden. Von allen PC-Arbeitsplätzen kann über ein hausinternes online Mitarbeiterportal auf alle wichtigen Verfahrensanweisungen, Arbeitsanweisungen wie Pflegestandards, Prozessbeschreibungen und Dokumente zugegriffen werden. Ein spezielles Krankenhaus-Informationssystem unterstützt als Informationstechnik die Dokumentation und Koordination der Behandlungs- und Patientendaten. Ein Risikoteam, bestehend aus Mitgliedern unterschiedlicher Berufsgruppen, tagt quartalsweise, bearbeitet CIRS-Meldungen, bewertet Risikopotentiale und ist in beratender Instanz für die Geschäftsführung tätig. Alle anderthalb Jahre findet in Rotation, durch die Gesellschaft für Risikoberatung mbH (GRB), ein fachabteilungsspezifisches Risiko-Audit statt. Im hier beschriebenen Krankenhaus werden zwei Formen der Patientenbefragung durchgeführt. Alle Patienten werden über einen Fragebogen um ihre Meinung zu den wesentlichen Aspekten ihres stationären Krankenhausaufenthaltes gebeten. Dieser Fragebogen wird im Rahmen der stationären Aufnahme ausgegeben. Zusätzlich wird alle drei Jahre eine umfassende Patientenumfrage mit einem externen Befragungsinstitut durchgeführt. Parallel dazu wird auch eine Mitarbeiterbefragung über einen Fragebogen durchgeführt. Die Ergebnisse werden durch das externe Befragungsinstitut ausgewertet und anschließend in interdisziplinären Arbeitsgruppen nachbereitet. Ein Patientenarmband ist als Maßnahme seit 2012 eingeführt und der Prozess in einer Verfahrensanweisung beschrieben. Patienten werden in einem separaten Flyer und auf der Homepage des Unternehmens über diese Sicherheitsmaßnahme informiert. Eine chirurgische Sicherheitscheckliste in

Anlehnung an die „Surgical Safety Checklist“ der WHO und der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (vgl. Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie, 2013) ist in diesem Krankenhaus implementiert. Eine „Präoperative Checkliste“ soll ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern zur Überprüfung präoperativer Maßnahmen dienen (z.B. Seitenmarkierung, Rasur des OP-Gebietes, notwendige Befunde und Unterlagen). Das hier beschriebene Krankenhaus verfügt über eine Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe und einer damit verbundenen Station für Neugeborene. Andere pädiatrische Behandlungen gehören nicht zu den Versorgungsschwerpunkten dieser Einrichtung. Die Umsetzung eines Patientenarmbands bei Neugeborenen und im Kreissaal, wird in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt. Zur exemplarischen Darstellung der Umsetzung eines Patientenarmbandes werden in dieser Arbeit, nur adulte Patienten exklusive der Geburtshilfe mit einbezogen. Für die Umsetzung der Verfahrensanweisung „Patientensicherheitsarmband“ werden die Mitarbeiter der Patientenaufnahme, des Pflegedienstes, der Funktionsbereiche und des ärztlichen Dienstes verantwortlich gemacht. Die Verfahrensanweisung gilt für alle Bereiche der Patientenversorgung. Laut Vorgehensweise dieser Verfahrensanweisung erhält jeder Patient bei stationärer Aufnahme ein Patientenarmband. Dabei wird nach geplanter, stationärer Aufnahme am gleichen Tag, prästationärer Aufnahme, Notaufnahme, Aufnahme im KreiBsaal und Aufnahme auf der Intensivstation unterschieden und das jeweilige Vorgehen differenziert beschrieben. In der Verfahrensanweisung wird zur Prüfung der Identität von Patienten angegeben, dass diese zusätzlich anhand des Patientenarmbandes geprüft werden muss, wenn Mitarbeiter den Patienten nicht persönlich kennen oder insbesondere dann, wenn Patienten vor diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen nicht eindeutig Fragen beantworten können, z.B. aufgrund von Sprachbarrieren oder Sedierung. Zur Qualitätssicherung wird die regelmäßige Überprüfung der Umsetzung dieser Verfahrensanweisung durch das Qualitätsmanagement genannt. Alle Patienten erhalten bei ihrer Aufnahme einen Flyer „Patientenarmbänder“, der über das Patientenarmband informiert. Dieser erläutert den Datensatz auf dem Armband sowie die Beschaffenheit des Verbundmaterials, z.B. die Unempfindlichkeit gegenüber Wasser und Seife. Den Patienten wird zugesichert, dass durch das Tragen eines Patientenarmbandes keinerlei Persönlichkeitsrechte berührt werden. Der Flyer soll die Patienten über die zusätzliche Sicherheit aufklären, wenn diese nicht in der Lage sind Angaben zur Person zu machen, beispielsweise vor, während und nach operativen Eingriffen. Sollte das Armband verloren gehen oder wurde es entfernt, werden die Patienten gebeten das Stationspersonal anzusprechen um das Armband zu erneuern.

4.9 Standardisiert systematische Beobachtung

Bei dieser Methode der Datenerhebung wird, nach im Vorfeld festgelegten Regeln und vorhandenen Kategorien oder Fragestellungen eine bestimmte Situation oder Person untersucht. Somit ist die Fokussierung und Kategorie der Beobachtung festgelegt und eingegrenzt. Die Beobachtung kann verdeckt gestaltet werden, also weiß der zu Beobachtende oder Proband nicht, dass er beobachtet wird, sie kann jedoch auch offen verlaufen. Als ein Vorteil der verdeckten Beobachtung gilt, dass das natürliche Setting, die natürliche Situation nicht gestört wird. Von einer nicht teilnehmenden Beobachtung spricht man, wenn der Beobachter nicht mit dem Probanden in direkter Form interagiert. Wird die Beobachtung an anderen Personen, Probanden oder Prozessen durchgeführt, spricht man von einer Fremdbeobachtung. (vgl. Brandenburg et al., 2013, S. 109-111)

4.10 Standardisierte Interviews

Eine weitere Datenerhebungsmethode sind Befragungen. Dabei werden Einzelpersonen oder Gruppen zur Erfassung ihrer Meinung, Einstellung oder Erfahrung kontaktiert. Diese können mündlich als Interview oder schriftlich mittels Fragebogen beantwortet werden. Bei standardisierten Befragungen sind Fragen und ggf. auch Antworten vorgegeben, wohingegen nicht standardisierte die vorgegebenen Themen im Interview anschneiden. Die Art der Kontaktierung wird unterschieden nach direkt, telefonisch oder schriftlich angesprochen. Die Fragetypen werden in zwei Kategorien unterschieden, offene und geschlossene Fragen. Wird nur die Frage formuliert spricht man von offenen Fragen. Hierbei bleibt offen und dem Befragten oder Probanden überlassen, wie ausführlich die Antwort sein soll. Sind Antwortmöglichkeiten vorgegeben, (dichotome, Multiple Choice, Rangordnungs-, Rating-Fragen) spricht man von geschlossenen Fragen. Das Interview als mündliche Befragung kann strukturiert, als mündlich abgehandelter Fragebogen, oder offen bzw. halbstrukturiert mit mehr oder weniger differenzierten Leit- und Orientierungsfragen erfolgen. (vgl. Brandenburg et al., 2013, S. 112-114)

5 Methodik

In diesem Kapitel wird das gewählte, methodische Vorgehen zur Bearbeitung der vorliegenden Arbeit beschrieben. Dazu werden die Literaturrecherche, die klinische Beobachtung und die standardisierten Interviews zur Ist-Analyse dargestellt. Wie bereits unter Punkt 4.8 beschrieben werden zur exemplarischen Darstellung der Umsetzung eines Patientenarmbandes in der vorliegenden Arbeit nur adulte Patienten exklusive der Geburtshilfe mit einbezogen.

5.1 Literaturrecherche

Das zur Literaturrecherche zugrundeliegende Vorgehen soll im Folgenden dargestellt werden. Zur Auseinandersetzung mit der Thematik der Arbeit erfolgte eine orientierende Literaturrecherche nach wissenschaftlicher bzw. aktueller Literatur, die sich zunächst auf den online-Katalog der Katholischen Hochschule NRW sowie auf die Internetdatenbank Google beschränkte. Weiter erfolgte dann eine systematische Literaturrecherche zur der die online Suchmaschine LIVIVIO hinzugezogen wurde. LIVIVIO ist eine interdisziplinäre Suchmaschine für Lebenswissenschaften und wird von der Zentralbibliothek für Medizin (ZB Med) und dem Leibniz- Informationszentrum für Lebenswissenschaften bereitgestellt. Diese nutzt eine semantische Suchmaschine, wodurch die Eingabe von Varianten der Suchbegriffe entfällt und die Suchanfrage automatisch um mehrsprachige Synonyme und verwandte Begriffe erweitert wird. LIVIVIO untersucht über 30 Fachdatenquellen aus den Bereichen Medizin, Gesundheit, Ernährung, Umwelt und Agrar. Hier z.B. medline (pubmed) oder den Katalog der ZB Med. Externe Datenquellen wie, Cochrane können ergänzend über die Suchmaschine genutzt werden. (vgl. LIVIVIO ZB-Med Suchportal Lebenswissenschaften) Nach Orientierung und Klärung der Grundlagen erfolgte die systematische Recherche in den o.g. Datenbanken. Folgende Suchbegriffe kamen dazu zur Verwendung:

- Patientensicherheit
- Patientenidentifikation
- Patientenarmband
- Organisationskultur
- Sicherheitskultur
- Klinische Sicherheitskultur
- Messung der Sicherheitskultur
- Klinisches Risikomanagement
- Qualitätsmanagement
- Systemtheorie
- Theorie des geplanten Verhaltens

Durch die Sichtung der Ergebnisse konnten ungeeignete Quellen für die weitere Bearbeitung ausgeschlossen werden. Außerdem konnten bei der Sichtung durch das „Schneeballsystem“ per Handsuche weitere Quellen aus relevanten Artikeln oder Büchern identifiziert werden. Aufgrund der Ähnlichkeiten, in Bezug auf den Umgang mit Patientensicherheit und der internationalen Zusammenarbeit der spezifischen Organisationen, wie z.B. dem deutschen Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., der österreichischen Plattform für Patientensicherheit (vgl. Österreichische Plattform für Patientensicherheit) und der Schweizer Stiftung für Patientensicherheit, (vgl. Stiftung Patientensicherheit Schweiz 2015a) wurde primär nur Literatur aus dem deutschen Sprachraum berücksichtigt, welche durch die Handsuche in Einzelfällen auch auf internationale Studien in englischer

Sprache ausgeweitet wurde. Um einen Bezug zur aktuellen Literatur und zum aktuellen Stand der Wissenschaft zu gewährleisten wurde die Recherche zu Beginn auf die letzten sechs Jahre (ab 2010) eingegrenzt. Lediglich zur Untermauerung aktueller Erkenntnisse, oder um diese in einen spezifischen Kontext zu setzen, wie bei Identifikation durch das o.g. Schneeballsystem oder bei Veröffentlichung von z.B. Handlungsempfehlungen oder Richtlinien vor diesem Datum, wurde auf frühere Literatur zurückgegriffen. Eingrenzungen in Bezug auf das Medium erfolgten keine. Die ausgewählte Literatur erstreckt sich über Bücher, Buchbeiträge, Artikel aus Fachzeitschriften, online Publikationen, Hochschulschriften, Richtlinien, Handlungsempfehlungen, Gesetze, Webdokumente und Webseiten. In der gesamten vorliegenden Arbeit sind die Quellen als Verweis auf die entsprechende Literatur im Text kenntlich gemacht. Im Literaturverzeichnis sind alle genutzten Quellen in aufsteigender, alphabetischer Reihenfolge (Nachname des Erstautors bzw. Quellenbezeichnung) und Erscheinungsjahr aufgelistet. Bei mehreren Publikationen eines Erstautors in einem Jahr beginnt die Auflistung mit der ersten Publikation eines Jahres und wird mit einem Buchstaben als Ordnungskriterium versehen.

5.2 Standardisiert systematische Beobachtung

Zur Analyse des Ist-Zustandes der Umsetzung des Patientenarmbands im beschriebenen Krankenhaus erfolgte eine standardisiert systematische Beobachtung. In diesem Rahmen wurden in einem Zeitraum vom 04.03.-30.03.2016 (18 Arbeitstage) bei allen Patienten, die im routinierten OP-Programm (7:30Uhr-20:00Uhr) operiert wurden, erfasst, ob sie beim Einschleusen in den OP ein Patientenarmband tragen oder nicht. Zur Vereinfachung der Beobachtung wird nicht nach geplanten, elektiven oder außerplan-, notfallmäßigen oder dringlichen Operationen unterschieden. Patienten die während des Bereitschaftsdienstes operiert wurden sind in der Beobachtung nicht erfasst. Zur Erhebung der Daten wurden die Mitarbeiter der Anästhesiepflege durch den Autor der vorliegenden Arbeit befähigt und beauftragt. Die Tatsache ob der Patient ein Armband trägt oder nicht wurde in der Einleitung des jeweiligen OP Saals auf einem standardisierten Beobachtungsbogen (s. Anlage) erfasst. Somit sollte vermieden werden, dass andere Berufsgruppen außerhalb des OP (z.B. Pflegepersonal der Stationen) auf dieses Thema aufmerksam gemacht werden und sich durch diese Kontrollinstanz und dem daraus ggf. resultierenden Bewusstsein eine Verschiebung oder Beeinflussung des Ergebnisses ergibt. Auf dem Beobachtungsbogen wurden die Patienten lediglich nach stationärer oder ambulanter Aufnahme differenziert. Dieser konnte durch den Aufnahmezustand in den Unterlagen oder durch aktives Nachfragen beim Patienten selbst erkannt werden. Parallel wurde in diesem Zeitraum mit einem Abgleich der Vorgaben der Organisation zum Verfahren des Patientenarmbandes mit den Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. begonnen. (vgl. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2008) Dazu wurden die dort genannten Empfehlungen zur Umsetzung eines

Patientenarmbandes mit dem Ist-Zustand des Krankenhauses abgeglichen. Inhalt dieser Erhebung war die Infrakstruktur und technische Ausstattung zum Ausdrucken der Patientenarmbänder, die Betrachtung der bestehenden Verfahrensanweisung (s. Punkt 4.8) und des Patientenarmbandes selbst. Diese Analyse wurde durch die weiteren Methoden (s. Punkt 5.3) ergänzt, erweitert und später in eine Matrix übertragen. (s. Abbildung 3)

5.3 Standardisierte Interviews

Bei der Durchführung aller in diesem Kapitel aufgeführten Befragungen handelte sich es um standardisiert strukturierte Interviews mit offenen und geschlossenen Fragen, die direkt und ausschließlich durch den Autor der vorliegenden Arbeit geführt wurden. (Interviewbögen s. Anlage) Die Befragten wurden zu Beginn jedes Interviews darüber aufgeklärt, dass es sich bei dieser Erhebung um eine Analyse des Ist-Zustandes des Patientenarmbandes im beschriebenen Krankenhaus handelt. Damit sollte der Charakter einer Überprüfung oder Kontrolle vermieden werden. Des Weiteren wurden die Befragten motiviert wahrheitsgemäß und ehrlich auf Fragen zu antworten, sowie darauf hingewiesen und gebeten nicht einen Soll-Zustand zu beschreiben. Den Befragten wurden erläutert, dass die erhobenen Daten auch zur Erstellung dieser Bachelorarbeit dienen sollen. Allen interviewten Teilnehmern wurde die Anonymisierung der Daten zugesichert. Die vom Autor dieser Arbeit entwickelten Fragen basierten, wie bereits unter Punkt 5.2 beschrieben, auf den Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (vgl. Aktions-bündnis Patientensicherheit e.V., 2008) Die im Interview gestellten Fragen unterlagen keiner Positionierung nach wichtigeren oder weniger wichtigen Fragen, sondern vielmehr einer chronologisch sinnvollen Reihenfolge. Insgesamt wurden 35 standardisierte Interviews in drei Kategorien durchgeführt. Die Antworten der offen gestellten Fragen wurde in Stichpunkten festgehalten bzw. bei der Auswertung der Ergebnisse objektiv betrachtet und in Stichworte paraphrasiert um diese im Ergebnisteil einfacher und übersichtlicher darstellen zu können.

Die erste Kategorie diente zur Analyse der Umsetzung des Patientenarmbandes auf den Stationen des beschriebenen Krankenhauses. Dazu wurde auf allen Stationen (operativ wie konservativ) mindestens ein Interview mit einer Pflegekraft zum Thema Patientenarmband geführt. Wurde auf einer Station mehr als ein Interview geführt, so haben diese getrennt voneinander stattgefunden. Insgesamt wurden in dieser Kategorie 22 Interviews (n=22) geführt. Eine Unterscheidung fand in rein operative, konservative oder gemischte Stationen statt. Die Differenzierung in stationäre oder ambulante Patienten wurde ausgeschlossen, da ambulante Patienten unter Umständen sowohl auf Stationen aufgenommen werden als auch auf einer reinen ambulanten Station und umgekehrt. Die standardisiert strukturierten Interviews umfassten eine geschlossene und elf offene Fragen. Die Interviews wurden im Zeitraum vom 30.03.-01.04.2016 geführt um eine

Beeinflussung der unter Punkt 5.2 angegebenen Methode durch ein ggf. mögliches verändertes Bewusstsein aufgrund der Interviews zu vermeiden.

In der zweiten Kategorie wurde je eine Pflegekraft aus den Funktionsbereichen des beschriebenen Krankenhauses zum Thema der Identitätskontrolle von Patienten befragt. Die Interviews richteten sich an Pflegepersonen bzw. medizinisch-technische Radiologieassistenten zur Einschätzung des Vorgehens in ihrer Abteilung. Auch wenn die Patientenidentifikation mit zum Aufgabengebiet ärztlichen Personals gehört, wurden diese zur Vereinfachung der Befragung ausgeschlossen. Insgesamt wurden fünf Interviews (n=5) in den Funktionsbereichen Endoskopie, Herzkatheterlabor, Diabetologischer Eingriffsraum, Radiologie und der Intensivstation durchgeführt. Aufgrund therapeutischer Maßnahmen (wie z.B. Kardioversionen) für ambulante Patienten oder Patienten von anderen Stationen wurde die Intensivstation sowohl als Station in der ersten Kategorie befragt, als auch als Funktionsbereich in der zweiten Kategorie. Die standardisierten strukturierten Interviews erfassten vier geschlossene und sechs offene Fragen und wurden im Zeitraum 01.03.-03.03.2016 geführt.

Die dritte Kategorie diente der Analyse der Patientenidentifikation im OP durch das Anästhesiepersonal. Hierzu wurden vier Anästhesiepflegekräfte und vier Anästhesisten (n=8) zum Thema der Patientenidentifikation befragt. Eine Differenzierung der beiden Berufsgruppen wird in den Ergebnissen bewusst unterlassen, da in der vorliegenden Arbeit die Unterscheidung der Berufsgruppen für den Verfasser dieser Arbeit nicht als relevant erscheint. Die standardisierten strukturierten Interviews beinhalteten zwei geschlossene und fünf offene Fragen. Die Interviews der Kategorie drei wurden im Zeitraum 01.03.-03.03.2016 geführt, um eine Beeinflussung oder Verschiebung der Ergebnisse durch die Erfassung der Patienten mit oder ohne Patientenarmband beim Einschleusen in den OP zu vermeiden (s. Punkt 5.2).

6 Ergebnisse

6.1 Literaturrecherche

Die Ergebnisse der Literaturrecherche werden im Folgenden unter sechs Kategorien dargestellt.

1. Das Patientenarmband als Maßnahme der Patientensicherheit

Der Krankenhaus-Report 2014 schreibt: „...Gerade die Komplexität und Leistungsdichte lässt das Risiko für unerwünschte Ereignisse der Behandlung steigen. Mit solchen unerwünschten Ereignissen müssen 5-10% der Behandlungsfälle rechnen. Knapp die Hälfte dieser Fälle könnte vermieden werden, darunter auch etwa ein Todesfall auf 1000 Krankenhauspatienten. Als absolute Zahl ausgedrückt, nämlich rund 18800 vermeidbare Todesfälle pro Jahr in deutschen Krankenhäusern, wird dieses zunächst gering erscheinende Risiko viel bedrohlicher. Das vermeidbare Todesfallrisiko in Krankenhäusern übersteigt

demnach die Zahl der Verkehrstoten – 2012 starben rund 3600 Personen bei Verkehrsunfällen in Deutschland – inzwischen um den Faktor 5. Ebenso wie im Straßenverkehr, für dessen Sicherheit immense Anstrengungen unternommen werden, müssen deshalb auch im Krankenhaus vermehrt Vorkehrungen getroffen werden, um die Patientensicherheit zu erhöhen.“ (Geraedts, 2014, S. 10) In diesem Report wird beschrieben, dass knapp die Hälfte dieser unerwünschten Ereignisse (2-4%) auf vermeidbaren unerwünschten Ereignissen beruht. (vgl. Geraedts, 2014) Lessing et al. (2015a) geben an, dass sich in Deutschland jährlich ungefähr 18,8 Millionen Patienten in stationärer Behandlung befinden, welche z.B. durch Ärzte und Pflegende, Versorgungsleistungen empfangen. In welchem Umfang unerwünschte Ereignisse als Folge einer fehlerhaften Identifizierung auftreten, geben die Autoren, als nicht umfassend erforscht an. (vgl. Lessing et al., 2015a) Zu diesen unerwünschten Ereignissen, aufgrund fehlerhafter Identifizierung, zählen Santos et al. (2015) Patientenverwechslungen, z.B. bei operativen Eingriffen, mit einer Häufigkeit von 1/52000. (vgl. Santos, et al., 2015, S. 2) Fenger et al. (2015) erläutern, dass wenn es als Folge dieser Verwechslungen zu einem Patienten-Schaden kommt, dies zivilrechtliche Folgen haben kann, wie Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche, Kostenübernahme von Folgeschäden, aber auch strafrechtliche Konsequenzen im Sinne einer Körperverletzung bis hin zu einer Freiheitsstrafe. (vgl. Fenger et al. 2015) Bereits 2006 hatte das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. eine „Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie“ (vgl. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2006) veröffentlicht. Unter Mitwirkung von Experten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens, wurde diese durch die „Handlungsempfehlung zur sicheren Patientenidentifikation“ (vgl. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2008) erweitert. „...Ziel ist es, Mitarbeitern in Gesundheitseinrichtungen aller Versorgungssektoren Empfehlungen an die Hand zu geben, wie im Alltag jederzeit ein Beitrag zur sicheren Identifikation von Patienten und somit zur Vermeidung von Verwechslungen geleistet werden kann. Hierzu wurden Ursachen und Quellen für Verwechslungen analysiert und Strategien entwickelt, um sie rechtzeitig zu erkennen und ihnen wirksam vorzubeugen. Sichere Patientenidentifikation ist eine Führungsaufgabe. Der Einführung und Umsetzung [...] sollte deshalb unbedingt eine eindeutige Entscheidung der Führungsebene vorausgehen. Sichere Patientenidentifikation ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Deshalb adressieren die Empfehlungen alle Personen die am Behandlungsprozess beteiligt sind: Ärzte, Pflegekräfte, Arzthelferinnen, medizinisch technische Assistenten, die Mitarbeiter des Empfangspersonals und des Transportdienstes und alle anderen an der Versorgung beteiligten Personen. Sie tragen gemeinsam die unteilbare Verantwortung für eine sichere Patientenidentifikation. Die korrekte Übermittlung von Informationen und die Rückversicherung über deren Richtigkeit sind nach Auffassung des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. die wichtigsten Werkzeuge, um eine sichere Patientenidentifikation zu gewährleisten, auch und

gerade über die Grenzen von Berufsgruppen, Abteilungen oder Versorgungseinrichtungen hinweg. Und schließlich sollte der Patient selbst in diese Kommunikationsstrategie aktiv eingebunden werden. Patientenidentifikation ist ein aktiver Vorgang des Erkennens, Wieder-Erkennens und sich Vergewisserns.“ (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2008, S. 1-2) Die Hinweise der Empfehlung in Bezug, auf das Patientenarmband, sind in der vorliegenden Arbeit unter Punkt 6.3 in Abbildung 3 aufgeführt. Die Handlungsempfehlungen geben praktische Anleitung zur Umsetzung und beschreiben Schlüsselmomente des beschriebenen Prozesses, wie der Verwendung von Patientenarmbändern. Des Weiteren werden automatisierte Patientenidentifikationssysteme, z.B. mittels Barcode oder einer Radio Frequenz Identifikation (RFID) am Patientenarmband, als technisch sinnvolles Hilfsmittel erwähnt. (vgl. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2008) Lessing et al. (2015b) geben dazu an: „...Die Verteilung dieser Empfehlung erfolgt größtenteils über das Internet, und die Umsetzung ist freiwillig. Über Wirksamkeit und Nutzen liegen bisher keine Erkenntnisse vor.“ (Lessing et al. 2015b, S. 2) Santos et al. (2015) haben ein theoretisches Rahmenkonzept entwickelt, um diese Handlungsempfehlung in den klinischen Alltag zu integrieren und somit fördernden Faktoren einer Patientenverwechslung entgegenzusteuern. Sie betonen den Einsatz einer multimodalen Implementierungsstrategie, durch parallele Verbreitungswege als vielversprechende, zielführende Strategie. Diese bestand, während ihrer Studie, aus einem Poster, einer computerbasierten Schulung und einem Leitfaden für Teambesprechungen. (vgl. Santos, et al., 2015) „...Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass die Schulung von Ärzten und Pflegenden ein wirksames Instrument darstellt, identifizierungsrelevante Dokumentationsfehler zu minimieren und damit das Risiko für Patientenverwechslungen zu reduzieren. Regelmäßige Wiederholungen und Vertiefungen erscheinen sinnvoll, um die Effekte von Schulungsmaßnahmen über kurze Zeiträume hinaus zu sichern und weiter zu verbessern“ (Santos, et al., 2015, S. 1) Sie betonen ausserdem, dass zwar technische Maßnahmen wie Patientenarmbänder eine sinnvolle Ergänzung bei der Patientenidentifizierung darstellen, diese jedoch, laut neuesten Untersuchungen, keine 100% Sicherheit gewährleisten können. Das Personal, als ein bedeutsamer Sicherheitsfaktor, wird hervorgehoben und die resultierende Notwendigkeit weiterer Untersuchungen erwähnt. Die Konsequenzen weiterer Forschung zu diesem Thema könnte die Nachhaltigkeit von Schulungen verbessern. Die Autoren regen weiter an, die Bedeutung der Patientenidentifikation in der Ausbildung möglichst aller Gesundheitsberufe zu verankern und zum Inhalt regelmäßiger Fortbildungen zu machen. Sie weisen darauf hin, dass je früher die im Gesundheitswesen Tätigen mit dem Thema vertraut gemacht würden, desto selbstverständlicher würde die Implementierung einer sicheren Patientenidentifizierung im Versorgungsprozess. (vgl. Santos, et al., 2015) Lessing et al. (2015b) untersuchten, ob interprofessionelle Schulungen von Empfehlungsinhalten (die Handlungsempfehlung

zur Patientenidentifikation) die Dokumentationsqualität als Bestandteil der Patientenidentifikation positiv beeinflussen. Die Ergebnisse zeigten, „...dass die Schulungen von Ärzten und Pflegenden dazu beitragen kann, Voraussetzungen für eine sichere Patientenidentifikation zu schaffen.“ (Lessing et al., 2015b, S. 5) Hollnecker & Karsch (2009) befragten Patienten zum Patientenarmband und kamen zu dem Ergebnis, dass die Patienten selbst Patientenarmbänder als sinnvoll ansehen und dies für jeden Dritten ein Kriterium für die zukünftige Klinikwahl darstellt. Weder das allgemeine Wohlbefinden durch ein Tragen des Armbandes, noch die Tatsache der lesbaren Patienteninformation, wurden als unangenehm oder negativ empfunden. (vgl. Hollnecker & Karsch, 2009) Das Institut für Patientensicherheit, Bonn (2015b) beschäftigt sich z. Zt. in einem Projekt mit dem Thema „Nutzen von Patientensicherheitsarmbänder“. (vgl. Institut für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn (IfPS), 2015b) Auf Nachfragen hin bestätigte das Institut, dass mit Ergebnissen zu einer aktuellen Studie circa im Spätsommer 2016 zu rechnen sein wird. Das Institut habe diese Erhebung durchgeführt, da es derzeit keine internationale bzw. nationale Publikation zu dem Nutzen von Patientenarmbändern ohne elektronische Kopplung gibt. Außerdem arbeitet das Institut momentan am „WorkSafeMed“ Projekt. Dies ist ein Kooperationsprojekt zwischen dem Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung des Uniklinikums in Tübingen und dem Institut für Patientensicherheit: „...Ziel ist es, den Zusammenhang zwischen wahrgenommenen Arbeitsbelastungen von Mitarbeitern im Klinikalltag, der Sicherheitskultur im Krankenhaus und der Patientensicherheit zu untersuchen. Der Fokus wird hierbei auf den besonderen Aspekt der Medikationssicherheit gelegt.“ (Institut für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn (IfPS), 2015a) Dieses Projekt läuft voraussichtlich noch bis November 2016. Erste Ergebnisse daraus werden momentan bereits veröffentlicht. (vgl. Institut für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn (IfPS), 2015a) Aktuell startet, ebenfalls durch das Institut für Patientensicherheit im Mai dieses Jahres, das Projekt: „Zusammenhang zwischen wahrgenommener Sicherheitskultur auf Patientensicherheits-Outcomes in deutschen Krankenhäusern (SafeCulture)“. Ziel dieser Studie ist, zum einen die von Mitarbeitern wahrgenommene Sicherheitskultur, zum anderen auch die anhand von Triggern oder Warnsignalen gemessene Patientensicherheit in deutschen Krankenhäusern zu evaluieren. Das Ende dieses Projektes ist momentan auf April 2017 datiert. (vgl. Institut für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, (IfPS) 2016)

2. Qualitäts- und klinisches Risikomanagement

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) definiert: „...Qualitätsmanagement ist ein Instrument der Organisationsentwicklung. Unter diesem Begriff werden alle organisatorischen Maßnahmen zusammengefasst, die der Verbesserung von

Abläufen und damit auch der Ergebnisse von Einrichtungen dienen. Durch das regelmäßige Überprüfen und Hinterfragen des Erreichten soll sichergestellt werden, dass das Qualitätsniveau gehalten und dort, wo es erforderlich ist, weiter ausgebaut wird.“ (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2015a) Im Dezember 2015 hat der G-BA eine sektorübergreifend geltende Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) beschlossen, welche noch nicht in Kraft getreten ist. (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2015b) „Die QM-RL regelt die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in Praxen und Kliniken. Die drei bestehenden Qualitätsmanagement-Richtlinien für den vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären Bereich werden von der neuen QM-RL abgelöst.“ (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2015a) Zweck soll nicht nur sein, die bestehenden Richtlinien einheitlich zu regeln, sondern auch „...die Patientensicherheit zu fördern und Behandlungsabläufe zu verbessern“ (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2015c) und durch Elemente wie z.B. die OP-Checkliste zu ergänzen. „...Die Nutzung von OP-Checklisten, hat zu großen Erfolgen durch eine Reduktion der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse, insbesondere Sterblichkeit und Komplikationen nach operativen Eingriffen geführt. Grundsätzlich können und sollen jedwede Checklisten bei allen risikobehafteten, sicherheitsrelevanten oder sonstigen Prozessen bzw. Maßnahmen eingesetzt werden, wenn dies als notwendig erachtet wird.“ (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2015c) Außerdem sind darin Regelungen getroffen, mit denen Qualitätsmanagement zukünftig systemisch evaluiert und veröffentlicht wird. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) soll dazu Methoden erarbeiten und Hinweise und Empfehlungen diesbezüglich entwickeln. (vgl. G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss, 2015b) Winkler (2015) erläutert: „Krankenanstalten gelten als Hochrisikobereich. Unerwünschte Ereignisse, wie Behandlungsfehler, rufen nicht nur ein erhebliches mediales Interesse hervor, sondern sind auch ein Indikator für die hohen gesellschaftlichen Erwartungen, die an diesen Bereich gestellt werden. Dies erfolgt auf der Grundlage des Vertrauens der Gesellschaft in die Sicherstellung einer standardgemäßen medizinischen Versorgung. [...] Die Neuauflage der EN ISO 9001, die noch für 2015 zu erwarten ist, beschreibt auch die spezifischen Anforderungen, die bei der Einführung eines prozessorientierten Ansatz unverzichtbar sind.“ (Winkler, 2015, S. 228) Romeike (2014) gibt als Aufgabe des Qualitätsmanagement an, sicher zu stellen, dass Abweichungen von dem definierten Qualitätsstandard möglichst einen geringen Umfang haben sollen oder bestmöglich, als unwahrscheinlich kategorisiert werden können. Das Risikomanagement hätte zum Ziel, die Abweichungen von vorgegebenen Plan- und Erwartungswerten zu reduzieren. Damit könne das Qualitätsmanagement, das sich mit Qualitätsrisiken, also den beschriebenen möglichen Abweichungen vom vordefinierten Qualitätslevel befasst, als Gebiet des Risikomanagements aufgefasst werden. Es sei daher auch wenig verwunderlich, dass zukünftig dem Risikomanagement, sowie dem risikobasierten Ansatz, eine größere Relevanz

zugeordnet wird. Dies zeige sich beispielweise in der aktuellen Revision des Standards ISO 9001, in dem das Risikomanagement eine stärkere Berücksichtigung findet. (vgl. Romeike, 2014) Euteneier (2015b) beschreibt, „...die sichere Patientenidentifikation gehört zu den Grundvoraussetzungen einer sicheren Patientenversorgung und stellt damit eine zentrale Aufgabe des klinischen Risikomanagements dar. Verwechslungen des Patienten mögen selten vorkommen, ihre Folgen sind jedoch für alle Beteiligten schwerwiegend und unentschuldigbar. [...] Da der Vorgang der Patientenidentifizierung ein sehr häufig vorkommender Prozess ist und besonders bei kritischen Patienten schnell und verlässlich erfolgen muss, sollte jede Organisation hierfür klare Regeln aufgestellt haben und Ihre Befolgung strikt überprüfen. Es ist Aufgabe der Leitung, durch sinnvolle organisatorische Maßnahmen und Weiterbildungen ein Umfeld zu schaffen um eine sichere Patientenidentifikation zu gewährleisten. Jedoch ist jeder Einzelne letztendlich selbst dafür verantwortlich, den Patienten sicher zu identifizieren und muss alle bestehenden Zweifel ausräumen. Diese Verantwortung kann nicht abgegeben werden.“ (Euteneier, 2015b, S. 483-484) Muche-Borowski et al. (2014) geben in Bezug auf die Implementierung von Leitlinien an, dass sich der Nutzen für die Patienten erst in der Anwendung und Umsetzung der Handlungsempfehlungen zeigt. Eine universale Implementierungsstrategie existiere nicht, vielmehr sei notwendig „...einen individuellen Plan in einem Prozess aus Theorie, Analysen, Erfahrungen und gemeinsamer Verantwortung der Akteure im Gesundheitswesen zu erarbeiten mit dem Ziel, die Versorgungsqualität durch dauerhaftes leitliniengerechtes Verhalten zu verbessern.“ (Muche-Borowski et al., 2014, S. 34) Zur Erstellung eines solchen Implementierungsplan geben Muche-Borowski et al. (2014) folgende Fragen zur Berücksichtigung an: Wer soll was ändern? Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren sind relevant? Welche Interventionen können auf der Grundlage zur Überwindung der hinderlichen und zur Verstärkung der förderlichen Faktoren eingesetzt werden? Wie kann die Verhaltensänderung gemessen werden? (vgl. Muche-Borowski et al., 2014) Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat ein „Handbuch zur Implementierung und verbesserten Anwendung der chirurgischen Checkliste (WHO-Checkliste)“ veröffentlicht. Dieses kann als PDF von der Homepage der Stiftung heruntergeladen werden. (vgl. Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2015b) In dieser werden detailliert die Rahmenbedingungen, Vorarbeiten, Projektelemente und das Monitoring einer solchen Implementierung beschrieben. „...Im Zusammenhang mit der Einführung oder der Verbesserung der Anwendung der Checkliste, können und sollen auch weitere Aspekte der Patientensicherheit wie die Anpassung von Prozessen, Teamkommunikation oder das Sicherheitsklima im Betrieb angesprochen werden. [...] Die Schlüsselaspekte und zentralen Aktivitäten, die massgeblich zum Erfolg beigetragen haben, sind dargestellt und werden mit Vorlagen, Beispielen etc. zur Verfügung gestellt. [...] Für den erfolgreichen

Veränderungsprozess spielen Ambassadors³ gemäss diverser Studienergebnisse eine zentrale Rolle. [...] Die Compliance bei der Anwendung der Checkliste steigt, wenn Mitarbeitende den Sinn und Zwecke der Anwendung kennen und verstehen. [...] Ein zentraler Aspekt, der bereits zu Beginn des Programms mitbedacht werden sollte, ist die Sicherstellung der nachhaltigen Implementierung und Anwendung der Checkliste. Im Zuge dieser Überlegungen empfehlen wir nicht nur die nachhaltige Anwendung der Checkliste zu planen, sondern auch den Fokus weg von der konkreten Intervention hin zu einer ganzheitlicheren Betrachtung des Themas „Patientensicherheit in der Chirurgie“ zu verschieben.“ (Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2015b, S. 3-11) Kobler et al. (2015) haben die Erstellung dieser Empfehlungen begleitet und daran untersucht, wie die Implementierung von Sicherheitsprogrammen gelingen kann. „...Die gewonnenen Erkenntnisse aus den Programmen können in weitere Programme ähnlicher Art einfließen. Die Literatur zeigt aber auch, dass die erfolgreiche Umsetzung und nachhaltige Implementierung Zeit braucht. [...] Ein nicht zu unterschätzender Aufwand in den Kliniken besteht nun darin, das Vorhaben über das Vertiefungsprojekt hinaus zu verfolgen, sodass Maßnahmen, deren Wirksamkeit wissenschaftlich bewiesen ist, den Patienten nachhaltig zugutekommen.“ (Kobler et al., 2015, S. 136) Busch (2016) gibt in seinem Artikel zur „neuen Abteilung für Qualität“ an, dass die wichtigen Elemente des Qualitätsmanagements Patientenorientierung, Patientensicherheit, Verantwortung und Führung, Wirtschaftlichkeit, Prozessorientierung, Mitarbeiterorientierung und –beteiligung, Zielorientierung und Flexibilität, Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern (Risk-Management), Beschwerdemanagement sowie ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess sind. Diese müssten mit der Verpflichtung zu einer ethischen, moralischen und humanitären Werteordnung und Qualitätskultur verknüpft werden. (vgl. Busch, 2016) „...Am Beginn des Qualitätsmanagements steht also nicht die Erstellung von Flussdiagrammen und die Gründung von Arbeitsgruppen, sondern die Schaffung eines Bewusstseins für Qualität und kontinuierliche Qualitätsverbesserung. Dies ist Aufgabe der Krankenhausleitung und der Führungskräfte.“ (Busch, 2016, S. 19) Becker & Winter (2015) beschreiben die zertifizierte Ausbildung Klinischer Risikomanager mit Schwerpunkt Patientensicherheit „...Die Einführung und Umsetzung von klinischem Risikomanagement und die Förderung der Patientensicherheit und Sicherheitskultur erfordert qualifizierte Mitarbeiter. Als klinische Risikomanager sollen diese Mitarbeiter befähigt sein, in Einrichtungen des Gesundheitswesens Risiken für die Patientensicherheit in klinischen Prozessen zu erkennen, zu analysieren, zu bewerten, darzustellen, zu dokumentieren, sowie gemessene Maßnahmen zu ihrer Bewältigung umzusetzen bzw. die Umsetzung zu unterstützen.“ (Becker & Winkler, 2015, S. 281) Das dort vorgestellte Zertifizierungsschema soll einen

³ Anm. d. Verf.: Ambassador = Gesandter, Bevollmächtigter, Botschafter (Duden, 2016a)

Beitrag zu einer systematischen Ausbildung leisten, sowie das Vertrauen in die Handlungskompetenz der Absolventen und der Organisationen erhöhen. (vgl. Becker & Winkler, 2015, S. 301)

3. Sicherheitskultur

Strunk (2015) definiert : „...Eine positive Sicherheitskultur richtet die Werte, Einstellungen, Wahrnehmungen, Fähigkeiten und Verhaltensmuster der in einer Gesundheitsorganisation tätigen Personen auf die Sicherheit der Patientinnen und Patienten aus.“ (Strunk, 2015, S. 364) Er definiert weiter „...Die Sicherheitskultur ist quasi der fruchtbare Boden der nötig ist, damit konkrete Maßnahmen überhaupt eine Wirkung entfalten können.“ (Strunk, 2015, S. 365) Die Sicherheitskultur, so Strunk (2015), thematisiere die Grundhaltungen, aus denen heraus die Mitglieder der Organisation so handeln wie sie handeln. Damit würde auf die Art, wie sicherheitsrelevante Aspekte behandelt werden und wie sich die Mitglieder dabei fühlen, eingegangen. Die Sicherheitskultur stelle die Rahmenbedingungen, die, wenn sie positiv geprägt sind, ein sicherheitsbewusstes Verhalten im umfassenden Krankenhausalltag erst ermöglichen. Er beschreibt weiter, dass der Begriff der Sicherheitskultur psychische, soziale und technische Aspekte umfasst. Für alle drei Aspekte gelten Werte, Einstellungen, Wahrnehmungen, Fähigkeiten und Verhaltensmuster als Mechanismen der Sicherheitskultur. Als Träger der psychischen und sozialen Aspekte bezeichnet er den Menschen, als Individuum. Diesen stellt er im Rahmen sozialer Interaktion zum einen als Gestalter der Sicherheitskultur dar, zum anderen würden soziale Interaktionen, wie Gruppen-, Normen-, Rollen- oder Führungsverhalten, zu gemeinsam geteilten Werten, Einstellungen, Wahrnehmungen, Fähigkeiten und Verhaltensmustern führen. Diese wiederum, könnten auf das Individuum zurückwirken. (vgl. Strunk, 2015) Euteneier und Bauer (2015) erläutern: „...Organisationskultur und Sicherheitskultur im Besonderen wirken normativ bzw. regulativ auf das Verhalten der Mitarbeiter, sowohl im positiven wie negativen Sinne. Besteht eine hohe »implizite« Sicherheitskultur sind regulative bzw. disziplinarische Maßnahmen kaum notwendig. [...] Gelebte Sicherheitskultur erleichtern das Arbeiten, da vom Einzelnen nicht stets von neuem die Prozesse hinterfragt werden müssen, sondern angenommen werden kann, dass diese ihre Richtigkeit haben. Gelebte Sicherheitskultur reduziert so den Alltag, gibt Vertrauen, das Richtige zu tun, und schafft so Raum um sich auf die spezifischen Patientenprobleme zu konzentrieren.“ (Euteneier & Bauer, 2015, S. 60) Sie definieren starke, resiliente Sicherheitskulturen, als in sich konsistent und klar. Dies stelle sich durch eine glaubhafte und von allen gelebte Kultur dar, sowie wenn Leitbilder und ethische Grundsätze im alltäglichen Handeln umgesetzt würden. Im Gegensatz dazu seien schwache Sicherheitskulturen geprägt von Widersprüchen, mangelnden Vorbildern, zynischen Denkweisen und einer „Alles-oder-nichts-Mentalität“ mit der Tendenz, ungeprüft Risiken einzugehen. (vgl. Euteneier & Bauer, 2015) Euteneier (2015c) beschreibt, dass der Veränderungsprozess in Bezug auf die langfristige

Änderung der Sicherheitskultur auf 4 Ebenen stattfindet: 1. **Wissen des Einzelnen**; die neuen Informationen werden zu individuellem Wissen und führen zur Einsicht. 2. **Kollektives Wissen der Organisation**; durch neues kollektives Wissen wird die Gestaltung von Strukturen und Prozessen beeinflusst. 3. **Verhalten und Einstellungen des Einzelnen**; die individuellen, unbewussten Verhaltenspräferenzen führen zur Beachtung organisationaler Leitbilder und Einhaltung von Regeln. 4. **Unternehmens- und Sicherheitskultur**; die kollektiv, unbewusst praktizierte Unternehmenskultur führt zu einer langfristigen Verbesserung der Patientensicherheit. (vgl. Euteneier, 2015c) „...Während eine Änderung des individuellen aktuellen Wissensstandes noch relativ schnell durch Schulungen zu erreichen ist, und ihr Effekt auch schnell wieder verschwinden kann, trifft dies bereits für eine gesamte Abteilung oder Organisation nicht zu. Änderungen auf der Ebene des Verhaltens und der Einstellungen sind weitaus schwerer langfristig zu stabilisieren. [...] Handeln Führungskräfte nicht als Vorbild und sind die tatsächlichen, zum Teil geheimen Unternehmensziele nicht kongruent mit den kommunizierten Veränderungszielen, ist eine Änderung der Sicherheits- und Unternehmenskultur nicht möglich, im Gegenteil, die Folge sind Zynismus und Boykott. Um eine kontinuierlich, langfristig stabile Veränderung zu bewirken, die in das unbewusste kollektive Verhalten und in die Sicherheitskultur des Unternehmens übergeht, bedarf es regelmäßiger Auffrischungsimpulse.“ (Euteneier, 2015c, S. 297-298) Bohnet-Joschko (2015) formuliert als die zentralen Aufgaben der Krankenhausführung, eine normative Einordnung von Sicherheitszielen sowie die Etablierung von angemessenen Koordinationsmechanismen. Eine notwendige Bewusstseinsänderung zur „High Reliability“ Organisation resultiert als Ergebnis eines umfassenden, vorausgegangenen Veränderungsprozesses. Dieser muss grundsätzlich von der Führungsebene ausgehen und anschließend alle Bereiche der Organisation umfassen. (vgl. Bohnet-Joschko, 2015) „...Das gewünschte Ergebnis einer etablierten Sicherheitskultur im Krankenhaus ist die Aufrechterhaltung einer sicheren Patientenversorgung.“ (Bohnet-Joschko, 2015, S. 180) Röhrig (2012) gibt zum Thema der Sicherheit durch Führung an, dass Patientensicherheit nicht eingeführt werden kann, sie kann nur gelebt werden. Der Chefarzt muss letztendlich von den Mitarbeitern als authentisch wahrgenommen werden, denn nur dann kann er seine Sicherheitskultur vorleben und implementieren. Röhrig gibt als notwendige Grundbedingungen für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung, eine sichere Kommunikation, standardisierte Prozesse und innovationsförderliche Führung auf Basis einer zielorientierten Struktur an. (vgl. Röhrig, 2012, S. 242) Bohnet-Joschko (2015) erklären: „...Wenn es um die Sicherheitskultur in deutschen Krankenhäusern geht, werden gern Vergleiche zur Luftfahrtindustrie herangezogen, welche bereits seit mehr als fünf Jahrzehnten ein umfassendes Risikomanagement mit einem breiten Instrumenteneinsatz aufgebaut hat. Die Diskrepanz zwischen Todesfällen im zivilen Luftverkehr weltweit (in 2014: 970) und geschätzten Todesfällen durch unerwünschte Ereignisse allein in deutschen Krankenhäusern lässt Strategien der

Luftfahrtunternehmen als attraktive Ansätze zur Erhöhung auch der Patientensicherheit in Gesundheitsorganisationen erscheinen. Abgesehen von gelegentlichen Schätzungen und Hochrechnungen bleiben unerwünschte Ereignisse in Krankenhäusern mit Patientenschäden bis hin zum Tod als Einzelfälle in der Öffentlichkeit weitgehend unbemerkt – auch weil sie sich der Wahrnehmung durch die Medien weniger erschließen als etwa ein Flugzeugabsturz mit zahlreichen Opfern. Insofern kann es nicht wundern, dass die Notwendigkeit eines systematischen Risikomanagements erst nach Bekanntwerden der Dimension des Problems in absoluten Zahlen pro Land in den Fokus der Gesundheitspolitik gerückt ist.“ (Bohnet-Joschko, 2015, S. 173-174) Müller (2014) fasst zu diesem Thema zusammen, dass durch eine konsequente Risikoanalyse in der Luftfahrt Schwachstellen erkannt und behoben werden konnten. Bedingt dadurch konnte die Flugsicherheit innerhalb von etwa 100 Jahren um den Faktor 1 Mio. erhöht werden. Er gibt an, dass sich Sicherheitsstrategien der Luftfahrt auf die Medizin übertragen lassen. So sollten z.B. sicherheitsrelevante Entscheidungen ohne ökonomische Zwänge gefällt werden können. (vgl. Müller, 2014) „...Entscheidungen sollen so getroffen werden, als wäre die eigene Familie mit an Bord. Systemschwachstellen können durch ein non-punitives Fehlermeldesystem, bei dem ohne Angst vor Bestrafung Fehler an die Organisation berichtet werden können, entdeckt und korrigiert werden. Gut ausgebildete Spezialisten, die sich in einem optimalen Hierarchiegefälle gegenseitig unterstützen und kontrollieren, sind die Basis für eine rechtzeitige Fehlererkennung und Behebung. Die Öffentlichkeit sollte darüber aufgeklärt werden, dass Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit den Arbeitsablauf personalintensiver, teurer und langsamer machen. Sicherheit hat ihren Preis und ist käuflich.“ (Müller, 2014, S. 97) Er erläutert weiter, dass die bloße Einführung eines Qualitätsmanagements (QM) in diesem Zusammenhang keine Garantie für hohe Sicherheit darstellt. Die Dokumentation von Prozessen sei sicherlich notwendig, um effektive Arbeitsabläufe entwickeln zu können, um Zuständigkeiten zu verdeutlichen und um Organisationsschwachstellen zu identifizieren. Eine lückenlose Dokumentation könne jedoch weder eine hohe Prozessqualität, noch hohe Sicherheit garantieren. Das Qualitätsmanagement sei eine notwendige, aber bei Weitem keine hinreichende Voraussetzung für eine hohe Sicherheit. Die Zertifizierung sieht er diesem Zusammenhang, als einen formalen Akt an, die in der Regel keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Risikolage erlaubt. (vgl. Müller, 2014) St. Pierre und Hofinger (2014) schildern, dass im Bemühen um mehr Patientensicherheit etliche Konzepte aus der Luftfahrt aufgegriffen und auf die Medizin übertragen wurden, z.B. Auseinandersetzung mit Human Factors, Simulator Training, Standardisierung von Prozessen, wie die Einführung von Checklisten, gemeinsame Briefings, Etablierung von Incident-Reporting-Systemen etc. (vgl. St. Pierre & Hofinger, 2014) Außerdem geben sie zum Thema des Zeitvorsprungs, den die Luftfahrt in Bezug auf funktionierende Arbeitskonzepte hat an: „...die Bereitschaft, richtig viel Geld in die Hand zu nehmen, um das Unfallrisiko

im Flugbetrieb konstant niedrig zu halten, ist der eigentliche Grund für den Zeitvorsprung. [...] Diese Bereitschaft ist im Gesundheitswesen allenfalls ansatzweise zu erkennen. Solange jedoch Sicherheit nichts kosten darf und nur über Verhaltensänderung gewährleistet werden soll, wird sich an diesem Vorsprung der Aviatik⁴ nichts ändern.“ (St. Pierre & Hofinger, 2014, S. 294) Bohnet-Joschko (2015) schreibt über die Herausforderungen bei der Etablierung einer Sicherheitskultur, beispielsweise über die Aspekte der Beschäftigung mit Fehlern, der Hochachtung vor Expertise und Wissen eines jeden Mitarbeiters und dem Erhalt der Wachsamkeit in den täglichen Routinen. (vgl. Bohnet-Joschko, 2015) „...In diesem Zusammenhang sind Abweichungen von Standards von besonderem Interesse für das klinische Risikomanagement. Im Gegensatz zu Fehlern, die von den Handelnden in der Regel als solche wahrgenommen werden, wird die bewusste und absichtliche Nichtachtung von in der Organisation geltenden Handlungsvorschriften und Regeln zur Risikovermeidung als Abweichung [...] bezeichnet. Trotz des Vorsatzes wollen Mitarbeiter auch bei bewusster Abweichung vom Standard nicht etwa eine Gefährdung herbeiführen. Während Regelabweichungen in besonderen Situationen, z.B. Notfällen, sogar notwendig und gewünscht, weil lebensrettend sind, können sie in vielen anderen Fällen als ein Signal für Zielkonflikte zwischen einem sicherheitsfördernden Standard und anderen (nicht Sicherheits-) Zielen der Organisation oder des Individuums interpretiert werden. Mitarbeiter werden in ihrem regelwidrigen Verhalten bestärkt, wenn mit der Abweichung kein unmittelbarer (Patienten-) Schaden einhergeht.“ (Bohnet-Joschko, 2015, S. 177) Weiter führt sie aus, dass als Ergebnis bestimmte Abweichungen mit der Zeit gewohnheitsmäßig, als regelmäßige Abweichung, auftreten können. Diese Abweichungen werden vom Personal als unbedenklich eingestuft und stillschweigend akzeptiert. Sie erklärt dies als Reaktion von Ärzten und Pflegenden, auf regelmäßige Abweichungen zwischen dem eng getakteten Planprozess und dem weniger perfekten Ablauf im klinischen Versorgungsalltag. Die Mitarbeiter müssten sich bei konkurrierenden Zielen ggf. zwischen Sicherheit und Effizienz entscheiden und würden als Folge auf diese tägliche Dilemma-Situation mit Mikro- und Routineverstößen reagieren. (vgl. Bohnet-Joschko, 2015) Rosentreter (2012) beschreibt „...Eine breite Varianz des Problembewusstseins und teilweise unsicheres Wissen hinsichtlich wesentlicher Aspekte einer Sicherheitskultur bei medizinischem Personal sowie der wissenschaftliche Handlungsbedarf verweisen auf die Notwendigkeit, Patientensicherheit als Teil des Kerncurriculums in der Ausbildung zu implementieren.“ (Rosentreter, 2012, S. 79) Schulz-Hanke (2015) gibt an, dass um Patientensicherheit gewährleisten zu können ein hohes Maß an spezifischen Kompetenzen notwendig ist. Schulungen diesbezüglich sind bisher weder in den Ausbildungen der Gesundheitsberufe noch gesetzlich verankert. Sie verweist auf den vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. entwickelten Lernzielkatalog für Patientensicherheit. Dieser soll als Grundlage

⁴ Anm. d. Verf.: Aviatik = Flugtechnik, Flugwesen (Duden, 2016b)

für interdisziplinäre, interprofessionelle Lehrformate dienen. (vgl. Schulz-Hanke, 2015) „...Aus Sicht des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. ist ein bundesweit harmonisiertes Lehrangebot zu den Themen Patientensicherheit und Risikomanagement zu erarbeiten und in den Ausbildungs-, Approbations- und Prüfungsverordnungen zu verankern. Investitionen in differenzierte Ausbildungsmaßnahmen sind notwendig und interdisziplinäre und interprofessionelle Lehrveranstaltungen wünschenswert.“ (Schulz-Hanke, 2015, S. 447) Schwappach und Frank (2012) stellen den Patienten als wachsenden Partner der Patientensicherheit in den Fokus „...Patienten können einen wichtigen Beitrag für die Verbesserung der Patientensicherheit leisten. Sie können einerseits wichtige Hinweise auf die Sicherheitsprobleme geben und andererseits aktiv bei der Prävention von unerwünschten Ereignissen helfen. Den Mitarbeitenden haben eine zentrale Bedeutung für die Instruktion und Motivation der Patienten.“ (Schwappach & Frank, 2012, S. 362) Sie fordern eine systematische und konsequente Beteiligung von Patienten. Notwendige Voraussetzung sei ein kultureller und normativer Wandel in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Diesen beschreiben sie zwar als Herausforderung, aber auch als eine große Chance für die Patientensicherheit. (vgl. Schwappach & Frank, 2012)

4. Messung der Sicherheitskultur

Euteneier und Bauer (2015) geben als typisches Werkzeug zur Messung und Bewertung der Sicherheitskultur das Risiko-Audit an. (vgl. Euteneier & Bauer, 2015) Röhrig (2012) schreibt dazu „...Um hier die intern gesteuerte Qualitätsverbesserung einer exakten Begutachtung zuzuführen, können die Schritte der Qualitätsentwicklung systematisch in einem – freiwilligen – Audit mit Hilfe eines Kriterienkatalogs festgestellt, reflektiert und gesteuert werden.“ (Röhrig, 2012, S. 242) Hammer A. (2012) hat quantitative Befragungsinstrumente zur Erfassung der Sicherheitskultur untersucht und festgestellt, dass diese allenfalls geeignet sind um Teilaspekte zu erfassen und empfiehlt, um alle Aspekte zu umfassen, qualitative Methoden zu ergänzen. (vgl. Hammer, 2012) Strunk et al. (2009) sind im Rahmen von zwei breit angelegten empirischen Untersuchungen zur der Erkenntnis gekommen, dass trotz Ähnlichkeiten der Definitionen von Sicherheitskultur nur wenig Einigkeit zur Messung dieser besteht. Sie beschreiben die Sicherheitskultur als zentrale Grundlage für die Sicherheit von Patienten und geben an, dass das konkrete Verständnis in der Literatur recht unterschiedlich gesehen wird. (vgl. Strunk et al. 2009) Strunk (2015) erläutert, dass in einer Arbeitsgruppe in 44 Fragebögen zur Messung der Sicherheitskultur 255 verschiedene Operationalisierungen für relevante Aspekte der Sicherheitskultur identifiziert wurden. In verschiedenen Varianten und unterschiedlichen Studien wurde der „Wiener Sicherheitskultur Fragebogen“ (vgl. Wiener Sicherheitskultur Fragebogen (WSF)) erprobt und von der Arbeitsgruppe, zur Evaluation der Sicherheitskultur einer Organisation oder Abteilung, als relevantes Instrument vorgeschlagen. Weiter empfehlen diese zur Verbesserung der Sicherheitskultur,

Messungen in Diskussions- und Entwicklungsprozesse einzubetten. Eine solche Form der Erhebung stellt die, des Manchester Patient Safety Assessment Frameworks dar. Diese wird als hilfreich empfohlen, da dabei die Diskussion über die Sicherheitskultur in den Prozess der Erhebung eingebunden wird. (vgl. Strunk, 2015) St. Pierre und Hofinger (2014) erörtern, dass wenn nicht direkt beobachtbare Merkmale der Sicherheitskultur, mittels Befragung von Mitarbeitern oder Einsatz von Fragebögen erhoben werden, daraus ein Einblick in das Sicherheitsklima einer Organisation resultiert. Diese beschreibt eine erhobene Momentaufnahme der Einstellungen, Überzeugungen und Wahrnehmung zu Aspekten der Sicherheit und des Risikos zu einem bestimmten Zeitpunkt. Als in der Medizin am häufigsten eingesetzte Instrumente erwähnen sie den Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC), das Manchester Patient Safety Assessment Framework (MAPSAF) mit einer deutschen Übersetzung (FRATRIX)⁵ sowie das Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). (vgl. St. Pierre & Hofinger, 2014) Grandl & Schwappe (2012) erläutern diese Instrumente: „...Der Hospital Survey on Patient Safety Culture dient der Erhebung der Einstellung von Mitarbeitern zu den Themen Patientensicherheit, ärztliche Behandlungsfehler und Reportingsysteme im Krankenhaus, der Messung von Veränderungen der Patientensicherheit sowie der Evaluierung von getroffenen Maßnahmen zur Patientensicherheit. Ziel des Manchester Patient Safety Framework ist die Schaffung einer Sicherheitskultur mittels Selbstreflexion. Im Mittelpunkt steht das Commitment zur kontinuierlichen Verbesserung und Priorität der Patientensicherheit. Dies wird erreicht durch Ursachenforschung und Aufarbeitung von Schadensfällen, organisationales Lernen, Kommunikation, Ausbildung und Training, Verbesserung der Zusammenarbeit im Team etc. Der Safety Attitudes Questionnaire kommt aus dem Bereich des Flugwesens und dient ebenfalls der Erfassung von persönlichen Haltungen der Mitarbeiter in Gesundheitsberufen zur Thematik Patientensicherheit. Die Fragestellungen betreffen u.a. das Arbeitsklima sowie die Zusammenarbeit im Team, die Arbeitsbedingungen, die Zufriedenheit mit der Arbeit, die Wahrnehmungen des Managements, das Sicherheitsklima und die Stresserkennung.“ (Grandl & Schweppe, 2012, S. 130-131) Im „Handbuch zur Implementierung und verbesserten Anwendung der chirurgischen Checkliste (WHO-Checkliste)“ der Stiftung Patientensicherheit Schweiz (Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2015b), beschreiben diese das Nutzen des Fragebogens „Sicherheitsklima“ im Vertiefungsprojekt. Dieser wurde aus dem Englischen übersetzt und für die Schweiz adaptiert und validiert. (vgl. Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2015b) Dieser Fragebogen „...kann als Tool genutzt werden, das unabhängig von der Implementierung der Checkliste genutzt werden kann, um allgemeine kulturelle Veränderungen abzubilden und zu monitorisieren. Sicherheitsklima als umgebende Kontextvariable braucht Zeit, um sich zu verändern. Um kulturelle

⁵ Anm. d. Verf.: FRATRIX= Frankfurter Patientensicherheitsmatrix (vgl. St. Pierre & Hofinger, 2014, S. 282-283)

Veränderungen über die Zeit abbilden zu können, die durchaus auch das Ergebnis unterschiedlicher Interventionen oder säkularer Trends sein können, eignet sich der Fragebogen „Sicherheitsklima“ als validiertes, kurzes Instrument.“ (Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2015b, S. 15) Kattlein und Monaca (2016) berichten, dass das Institut für Patientensicherheit (IfPS) der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse, in einem Projekt ein Set von Fragen entwickelt hat, um die Wahrnehmungen und Einschätzungen von Patienten über bestehende Sicherheitskultur zu erfassen. Als erstes Ergebnis konnte bereits gezeigt werden, dass Patienten während ihrer Behandlung in der Lage sind, sicherheitsrelevante Abläufe, Aspekte und Probleme zu erkennen und zu beschreiben. Das finale Fragenset, bestehend aus sieben Fragen, soll als eine Grundlage zur Messung des Sicherheitsklimas aus Patientensicht dienen. Eine gemeinsame Publikation der Techniker Krankenkasse und des IfPS mit ersten Befragungsergebnissen wird erwartet. (vgl. Kattlein & Monaca, 2016)

5. Theorie des geplanten Verhaltens

Bezzola et al. (2012) erläutern, dass sie in der Schriftenreihe Nr. 5 „Operation sichere Chirurgie; Die chirurgische Checkliste und ihre Implementierung: Kultur – Team – Tools“, der Stiftung Patientensicherheit Schweiz, Einflussfaktoren aus Verhaltensänderungen anhand des Modells der Theorie des geplanten Verhaltens nach Ajzen beschreiben. Dort wird dargestellt, welche Faktoren die Absicht beeinflussen, das eigene Verhalten zur Verwendung der chirurgischen Checkliste zu ändern. Als unberücksichtigt geben die Autoren an, dass Verhaltensänderungen nicht nur von individuellen Intentionen abhängig sind, sondern z.B. auch das Teamverhalten Einfluss auf das individuelle Verhalten der Teammitglieder hat. (vgl. Bezzola et al., 2012) Die drei in diesem Modell erfassten Einflussfaktoren werden dort wie folgt beschrieben: Erstens **Einstellungen** „...Persönliche Einstellungen zur Patientensicherheit, zur Implementierung, zur Anwendung und zur wahrgenommenen Wirkung der chirurgischen Checkliste haben einen hohen Einfluss auf die Intention, die Checkliste zu verwenden.“ (Bezzola et al., 2012, S. 75) Zweitens **Subjektiv wahrgenommene soziale Normen** „...Unter sozialer Norm versteht man die Anforderungen oder Erwartungen an das Verhalten Einzelner in bestimmten sozialen Situationen. Auch wenn die Norm verletzt wird, bleibt sie bestehen. Die Einhaltung sozialer Normen im beruflichen Umfeld wird von Kollegen oder Vorgesetzten kontrolliert und ihre Verletzung kann mit negativen Sanktionen verknüpft sein. Solche Normen haben für die Umsetzung sicherheitsrelevanter Verhaltensweisen eine zentrale Bedeutung. Man kann davon ausgehen, dass eine starke Motivation diese Normen zu erfüllen einen Einfluss auf die Wirksamkeit der chirurgischen Checkliste hat. Zum Beispiel ist es mit Sicherheit nicht förderlich für eine effektive Anwendung der chirurgischen Checkliste, wenn der Chefarzt der Chirurgie oder der Anästhesie, zwischendurch und nebenbei die Bemerkung fallen lässt: «Ja, ja, bringen wir nun

das Team Time Out hinter uns, aber verlieren wir keine Zeit, wir sind unter Druck!» oder im Team Time Out äussert, wenn jemand vom OP-Personal auf eine Gefahr hinweist: «Wir haben keine Zeit, solche Details zu besprechen, weiter!» (Bezzola et al., 2012, S. 75) Drittens **Wahrgenommene Verhaltenskontrolle** „...Unter Verhaltenskontrolle wird hier die subjektive Einschätzung der beteiligten Fachpersonen verstanden, wie stark sie das eigene Verhalten, also die Verwendung der Checkliste, selbst beeinflussen können. Es ist entscheidend für die Intention der handelnden Personen, die Checkliste einzusetzen, ob sie sich zutrauen, die Checkliste einzusetzen und wodurch dieses Zutrauen gehemmt oder gefördert wird. Aus diesem Grunde ist es wichtig, die Rahmenbedingungen bei der Implementierung so zu gestalten, dass die Fachpersonen zu der Einschätzung gelangen, die Checkliste gut im Alltag verwenden zu können. Dazu gehört die optimale Einbettung der Sicherheitschecks und der chirurgischen Checkliste in die laufenden Prozesse und die klare und nachvollziehbare Aufteilung der Rollen, Verantwortungen und der erwarteten Handlungen beim Durcharbeiten der Checkliste.“ (Bezzola et al., 2012, S. 75) Mascherek et al. (2015) untersuchten in ihrer Arbeit in welchen Maße sich diese drei Einflussfaktoren auf die Absicht auswirken. Sie haben die Theorie des geplanten Verhaltens angewandt um Einstellungen, wahrgenommene Verhaltenskontrolle und Normen als psychologisch, vorausgegangene Ereignisse der Absicht von Personen zu analysieren, in Bezug auf die Verwendung der chirurgischen Checkliste. Als Ergebnis zeigte sich, dass einzelne Einstellungen und Haltungen sowie die erkannte Verhaltenssteuerung der Mitarbeiter einen stärkeren Einfluss auf die Absicht haben, als im allgemeinen ausgeübte Normen. Einstellungen und Überzeugungen haben eine direkte Wirkung auf die Absicht zur Verwendung der chirurgischen Checkliste, wohingegen Normen diese nicht haben. (vgl. Mascherek et al., 2015)

6. Systemtheoretische Aspekte

Simon (2013) schreibt zur Systemrationalität System–Umwelt „...Da Organisationen nicht unabhängig von ihren verschiedenen Umwelten und deren Anforderungen operieren können, sind sie ständig irgendwelchen Irritationen (Störungen, Anregungen) ausgesetzt, auf die sie intern reagieren müssen. Ob sie langfristig überleben, hängt davon ab, wie diese wechselseitigen Anpassungs- und Aushandlungsprozesse zwischen der Organisation und ihren Umwelten (=Lernen) verlaufen.“ (Simon, 2013, S. 34) Weiter schreibt er zu Organisation und Entscheidung „...Personen, ob nun einzeln oder in der Gruppe, sind für das Überleben von Organisationen deshalb so wichtig, weil durch sie der Erstarrung der Organisation entgegengesteuert werden kann. Funktionalität wie Dysfunktionalität von Organisationsstrukturen erwächst aus der Bildung von Routinen (Programmen, formale Organisation). Was sich in der Psyche eines Mitglieds abspielt, ist unberechenbar („nicht trivial“). Daher können psychische Umwelten der Organisation das nötige Irritationspotential zur Verfügung stellen. Wenn sie ihre Wahrnehmungen, Meinungen, etc. in die Kommunikation einspeisen oder zur

Grundlage ihrer Entscheidungen machen, kann dies Routinen aufbrechen. Wo immer Personen als Entscheidungsprämissen fungieren, wird Unvorhersehbarkeit eingeführt. Denn die Person bekommt die Organisation nicht ohne die fest an sie gekoppelten, autonomen psychischen Systeme.“ (Simon, 2013, S. 74-75) Gärtner (2008) geht im Kontext der Mitarbeiterführung auf die System-Umwelt Differenz ein. Psychische Systeme, gehören zur Umwelt der Organisation und sind nicht ihr Bestandteil, daher muss als Konsequenz auch mit ihrer Autonomie gerechnet werden. Dies bedeutet, dass sie mit der Organisation übereinstimmen und mitwirken, aber auch, dass sie abweichen können, bis hin zum blockieren oder sabotieren. (vgl. Gärtner, 2008) In diesem Zusammenhang unterstreicht er die Notwendigkeit von Führung. „...Schaut man sich die Erfüllung der organisatorischen Erwartungen an, stellt man fest, dass soziale Ordnung in der Organisation kein Selbstläufer ist. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfüllen immer wieder aus verschiedenen Gründen die an sie gerichteten Erwartungen nicht. Diese Differenz zwischen organisational erwartetem und individuell produzierten Betriebsverhalten ist die Geburtsstunde der Führung. Es gibt offensichtlich eine chronische Erwartungsdifferenz. Menschen machen nicht automatisch das, was man von ihnen will. [...] Beobachtet man das betriebliche und organisationale Leben, erfüllen Mitarbeiter und Gruppen aus unterschiedlichen Gründen die an sie gerichteten Erwartungen nicht. 1. Entweder, weil sie etwas nicht wissen oder verstehen (Probleme der unzureichenden Information oder Rationalität, mangelnde betriebliche Sozialisation), 2. Weil sie etwas nicht können, d.h. sie sind nicht in der Lage etwas, das sie verstanden haben zu tun (Problem begrenzter Qualifikation), 3. oder weil sie etwas nicht tun wollen (sie haben verstanden und können, aber wollen nicht; d.h. es geht um eine bewusste Ausnutzung eingeräumter Handlungsspielräume entgegen den Unternehmenszielen). [...] Deshalb geht es bei der Führung auch darum „Energie und Blut“ ins System zu bringen. Organisationen küssen nicht, aber sie brauchen Menschen, die von der Aufgabe infiziert sind und sie lebendig halten, die Bewegung herstellen. Das ist deshalb wichtig, weil Änderung von Menschen, wie man am extremen Beispiel der Psychotherapie sehen kann, nur als Selbständerung funktioniert. Auch wenn wir es in Arbeitszusammenhängen mit Abhängigkeiten zu tun haben, ist das organisational produzierte Verhalten von Mitarbeitern immer *seine* Entscheidung und *seine* Tat. Eine Führungskraft kann weder in den Kopf der Mitarbeiter hineinschauen, noch ihre beruflichen Handlungen ausführen.“ (Gärtner, 2008, S. 249) Hier kommt der Führungskraft, als Vermittlungsagent, welche in dieser Funktion genau beobachtet wird, nach seiner Auffassung, eine große Bedeutung zu. Er erläutert, dass es durch die Grundbausteine Information, Mitteilung und Verstehen durch Anschlusskommunikation zum Aufbau sozialer Systeme kommt. (vgl. Gärtner, 2008) In Bezug auf Führungsinstrumente „...handelt es sich um Aufbau von Erwartungen und Strukturen in sozialen Systemen, die Verhalten von Mitarbeiter einschränken und lenken sollen, also die mögliche Variation, wie man seinen Arbeitstag verbringt. Wir haben es also mit zwei verschiedenen Formen

sozialer Systeme mit unterschiedlicher Logik zu tun. [...] Führung sollte nicht nur beobachten was sein soll, sondern auch beobachten was ist und nach welchen Spielregeln das organisationale Spiel gespielt wird.“ (Gärtner, 2008, S. 252-253) Simon (2013) beschreibt zur Steuerung der Organisation: „...Denn jedes Mitglied, ob Führungskraft oder Aushilfe, ist an Programme und Kommunikationswege (formale Strukturen) sowie die Grammatik der Organisationskultur als Entscheidungsprämissen gebunden. Wer eine mit formaler Macht versehene Position innehat, kann damit rechnen, dass er und seine Interventionen im Fokus der Aufmerksamkeit der ihm untergeordneten Person stehen. Die von ihm angestoßenen Maßnahmen wirken als *Variation der Entscheidungsprämissen* für die anderen Mitglieder der Organisation.“ (Simon, 2013, S. 113) Der Autor verdeutlicht weiter, dass die bisher in der gängigen Managementliteratur verbreiteten Vorstellungen von Führung oder Change-Management verworfen werden müssen, da sich Organisationen nach evolutionären Prinzipien verändern. Betroffen seien vor allem die Ideen des Managements, man könne die Organisation „in den Griff“ bekommen. Jede initiierte Veränderung, als geplante Leitungsentscheidung, erfolge im Kontext evolutionärer Prozesse. Dies bedeute, dass sie nur eine Variation unter vielen darstelle. (vgl. Simon 2013) „...Es reicht daher nicht, Entscheidungen zu treffen (Variation). Ihre Umsetzung oder Implementierung (Selektion) und die Prüfung ihrer pragmatischen Tauglichkeit für das Überleben mit den relevanten Umwelten (Retention) sind unverzichtbare Bestandteile jeden Veränderungsprozesses, das heißt, sie müssen organisiert werden.“ (Simon, 2013, S. 107) Gärtner (2008) führt zu Anpassungen der Betriebsroutinen an neue Erfordernisse aus: „...Ist eine Organisation in der Lage sich an ihrer Umwelt angemessen anzupassen und Irritationen aus der relevanten Umwelt aufnehmen, kann dies zu veränderten Betriebsroutinen (Prozessen) und /oder zu einer veränderten Strukturen (Aufbauorganisation) führen. Organisationen müssen hierzu bisher bewährte Abläufe als kontingent, d.h. als potenziell änderbar erkennen, bewährte Routinen verlernen und neue erlernen. Derzeit weiß jeder und jede wie schwer dies oftmals ist. Das naive Modell des „Überschreibens“ funktioniert nicht: Den neuen Prozess ausgedacht und mit allen besprochen und entwickelt ist kein hinreichender Grund, dass sich eine Änderung stabilisiert. Neuer Erwartungsaufbau in einer Organisation gelingt zumeist nur mit gewichtigem Grund **und** mit dem chronischen Verstellen alter Handlungsmuster als Antwort auf bisherige organisationale Erwartungen. Überschreiben als Lösung klappt leider nicht. Löschen geht nach den Einsichten der neueren Hirnforschung wohl auch nicht so leicht, also müssen alte Gewohnheiten „verstellt“ und die neuen eingeübt werden. Es ist erstaunlich und fast rührend mit welcher Naivität Menschen Änderungsprozessen in Organisationen gegenüberstehen. Aufbau neuer Strukturen und Prozesse braucht viel mehr Wiederholung als es uns lieb ist.“ (Gärtner, 2008, S. 245) Baecker (2003) schreibt dazu „...Die kompetente Organisation weigert sich zu lernen, was sie bereits kann. Und deswegen [...] ist sie so erfolgreich darin, nicht zu lernen.“ (Baecker, 2003, S. 179) Zu der Frage ob

Veränderungsprozesse in Organisationen nun möglich sind oder nicht gibt Grasekamp (2015) folgende allgemeine Hinweise „...Verabschiede Dich von der Vorstellung, dass Organisation nach einem Input-Output-Modell funktionieren. Organisationen entscheiden selber, was für sie wichtig und was unwichtig ist. Das bedeutet z.B., dass Organisationen, nur weil sie mit rechtlichen Vorgaben oder rational ansprechenden Zielen konfrontiert werden, diese noch lange nicht automatisch zu eigenen Prozessen machen. So gilt zweitens: Möchtest du demnach bestimmte Veränderungen durchsetzen, dann gehe davon aus, dass Organisationen beim Altbewährten bleiben. Es reicht daher nicht aus, Checklisten, Arbeitsanweisungen etc. niederzuschreiben und dann von ihrer Befolgung auszugehen. Vielmehr müssen die betreffenden Prozesse der Zielbereiche gekannt, verhindert und verändert werden. Es folgt drittens: Rechne in diesem Zusammenhang mit offenem und verdecktem Widerstand. Prozessänderungen betreffen immer auch bestimmte Personen und eingespielte Beziehungen. [...] Und so empfiehlt sich viertens: Entscheide stets unter Berücksichtigung der genannten Punkte, ob sich Veränderung lohnt oder nicht.“ (Grasekamp, 2015, S. 396) Zur Ambivalenz des Qualitätsmanagements erläutert Gärtner (2007) „...Neue Strukturen sind immer ein systeminternes Produkt, das nicht importiert werden kann. Nur dort, wo eine Verfahrensweisung praktiziert wird, wird sie zu einer echten Verfahrensweisung für reales Verhalten. Deshalb ist es nutzlos diese abzuschreiben. Zur betrieblichen Erwartungsstruktur für alternatives Handeln und damit zu einem Medium organisatorischen Wissens wird sie erst bei deren Ausführung. Daten werden erst durch ihre Anwendung und ihren Gebrauch zum organisatorischen Wissen. Bei dieser Transformation von Daten zu Wissen muss man mit einem Widerspruch zwischen Organisations- und Abteilungslogik rechnen. Was die Organisation im Ganzen will, will die Abteilung oft nicht unbedingt. [...] Erfolgreiches Organisationshandeln heißt zugleich auch immer die Handhabung von und das Abarbeiten an Widersprüchen.“ (Gärtner, 2007, S. 11-12) Des weiteren stellt er die Unterscheidung des Qualitätsmanagement nach Betriebsaccessoires und Steuerungsinstrument auf „...Ich kann der unausweichlichen Qualitätsanforderung unterschiedlich entsprechen. Entweder man nimmt sie zum Anlass eine Organisation an einer der sensibelsten und renitentesten Stellen aufzurollen, den Alltagsroutinen. Oder – ich greife ein Bild von Fritz Simon auf – man redet über Gerichte, die auf einer Speisekarte stehen und schaut sich hierzu schöne Bilder von herrlichen Speisen an, obwohl die Überschrift des Programms heißt: Wir kochen zusammen und wollen dann auch essen. Gott sei Dank gibt es mancherorts Vorführküchen, wo man das Kochen und Essen lokal begrenzen kann, solange Besuch da oder angemeldet ist. Essen kochen und essen sind andere Operationen als über Speisekarten und Gerichte zu diskutieren. Im Betriebsaccessoire wird über die Speisekarte diskutiert, beim Steuern wird gegessen und gekocht. Dies soll nun nicht bedeuten, dass „Accessoire“ ein Schimpfwort ist. [...] Die Entscheidung für das Betriebsaccessoires ist die systeminterne Erfüllung von Umwelterwartungen, bei

gleichzeitiger Vermeidung systeminterner Operationen, eine Paradoxie also. Einfacher gesagt: Ich reagiere auf das, was man von mir will, habe etwas getan und etwas vorzuweisen und vermeide gleichzeitig, dass etwas Kontinuierendes in der Organisation geschieht. [...] Theorisiert man das Gesagte, kommt es beim Accessoire nicht zum Aufbau von organisationsinternen Erwartungsstrukturen, es gibt kein organisatorisches „Wir wollen, und du sollst“. Die Bekundung wird nicht zu vollzogenem Wissen!“ (Gärtner, 2007, S. 12-13) Er definiert die Verfahrensanweisungen in einem solchen Fall als „ästhetisches Inventar“, deren Gebrauch aber nicht die Erfüllung zum Ziel hat, sondern das „Accessoire“ die Organisation scheinbar entlastet, sobald geprüft ist, dass man es sich leisten kann und es nicht gefährlich erscheint. Sollte Qualitätsmanagement als Steuerungsinstrument agieren, dürften alte Erwartungen an betriebliches Verhalten nicht nur kurzfristig ausgesetzt, sondern müssten langfristig verlernt werden. Gärtner (2007) erläutert dazu weiter, dass die Mitarbeiter genau beobachten ob nur ein „Reden über“ oder eine „Verhaltensproduktion“ gefragt ist, sowie ob das Verhalten durchgängig sein muss oder eine situative Variante des Verhaltens ausreicht. (vgl. Gärtner, 2007) „...Wenn es egal ist, ob ich einen Standard einhalte, einer Verfahrensanweisung entspreche, ein Beschwerdeannahmeformular ausfülle oder nicht, wird ein Großteil der Leute es nicht tun. Auch nicht die Klugen und Gutgewillten. Und das hat auch etwas Nachvollziehbares. Das Alltagsleben in Heimen und Krankenhäusern hat eine so hohe Arbeitsdichte, dass Abweichung von bisherigen Routinen zuerst einmal Kraftaufwand bedeutet und wirklich Gründe braucht. Qualitätsmanagement als systeminterne Reflexionsstruktur hat nur eine Chance, wenn die Führungskräfte [...] das Folgenprogramm der Organisation symbolisieren und zeigen: Reagierst Du nicht, reagiere ich. Bei verändertem Verhalten geht es gar nicht darum, dass alle den Sinn einsehen und motiviert sind, sondern es geht darum, dass die Leute merken: Wenn ich das nicht mache, fängt man an sich mit mir zu beschäftigen. Dies muss nicht gleich Sanktion heißen, sondern Thematisierung. Und wenn diese konsequent erfolgt, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich etwas tut.“ (Gärtner, 2007, S. 12-14) Systemtheoretischen Aspekten von Veränderungsprozessen gehen Dixon et al. (2011) in ihrer Studie mit der Frage nach, wie Veränderungsprozesse erfolgreich sein können und: können sie es überhaupt? Durch welche Interventionen und Eingriffe, Rahmenbedingungen, Einstellungen und welches Engagement werden diese Prozesse beeinflusst, z.B. in Bezug auf eine SOP (standard operating procedures/ protocols). Hofinger (2013) fasst dazu zusammen, dass eine SOP erfolgreich einzuführen, verlangt, klare Unterstützung aus der Führungsebene zu zeigen. Die Ressourcen für die Einführung müssen zur Verfügung gestellt werden. Vor allem muss der Widerstand von Mitarbeitern ernst genommen werden. Beispielsweise könne der Widerstand gegen eine präoperative Checkliste dadurch entstehen, dass durch ihre Einführung soziale Beziehungen verändert werden und damit der bisherige Status bedroht wird. Dies könne insbesondere dann der Fall sein, wenn die Pflegekräfte mit der Verantwortung für das gemeinsame Durchgehen der

Checkliste beauftragt werden. (vgl. Hofinger, 2013) „...Ohne Kulturveränderung wird dann die Checkliste – oder jeder andere Standard – vielleicht offiziell eingeführt, aber nicht «gelebt» und somit nicht nützlich sein.“ (Hofinger, 2013, S. 15) Des Weiteren scheint eine Ex Post Theoriebildung als ein Konzept um die Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit von Verbesserungsprogrammen auf andere Settings erhöhen zu können, wertvoll zu sein. (vgl. Dixon-Woods et al. 2011)

6.2 Standardisiert systematische Beobachtung

In die Datenerhebung der standardisiert systematischen Beobachtung konnten insgesamt 362 Patienten eingeschlossen werden (n=362). 76% (276) wurden als stationär aufgenommene und 24% (86) als ambulante Patienten kategorisiert. Insgesamt trugen 89% (323) ein Patientenarmband und 11% (39) keines. Von den stationären Patienten trugen 65% (237) der Gesamtmenge ein Patientenarmband und 11% (39) der Gesamtmenge trugen keines. Die ambulanten Patienten trugen alle ein Patientenarmband, dies sind 24% (86) der Gesamtmenge. In Zusammenarbeit mit dem Leiter des Patientenservice und des Qualitätsmanagements konnte auf statistische Daten aus dem Krankenhaus-Informationssystem zurückgegriffen werden. Im abgelaufenen Kalenderjahr 2015 wurden insgesamt 14713 (100%) Patienten stationär aufgenommenen. Bei 10405 Patienten (71%) wurde ein Patientenarmband, bei 4308 Patienten (29%) wurde keines ausgedruckt. Auch bei diesen Daten sind die stationär, geburtshilflichen Patienten und Neugeborenen ausgeschlossen.

6.3 Standardisierte Interviews

Die Darstellung der Ergebnisse entspricht in allen drei Kategorien der chronologischen Abfolge der Befragungen. Bei geschlossenen Fragen sind die Häufigkeiten der Nennungen hinter den Antworten numerisch in Klammern angegeben. Mehrfachnennungen waren möglich, so dass die Zahl der Antworten die Anzahl der Befragungen übersteigen kann. Die Antworten der offenen Fragen sind stichpunktartig als Aufzählungen angegeben und auch dort ist die Anzahl der Nennungen numerisch in Klammern angegeben.

Erste Kategorie zur Analyse der Umsetzung des Patientenarmbandes auf den Stationen (n=22)

Stationen: **operativ** (12) **konservativ** (2) **beides** (8)

Welche Patienten sollen ein Patientenarmband bekommen?

operative	(1)	konservative	(1)	alle	(23)
stationäre	(0)	ambulante	(0)		

Wann & Wo wird das Patientenarmband erstellt & ausgedruckt?

- Aufnahme (18)
- Ambulanz (14)
- Notaufnahme (2)
- Sekretariat/ Stationssekretärin (14)
- eigener Drucker (2 =Intensivstation)

Wo verbleibt das Patientenarmband bis zum anlegen?

- Akte allgemein (14)
- Akte OP Unterlagen (4)
- alle Pat. tragen bereits eines (5)

Wo wird das Patientenarmband angelegt (Körperstelle)?

- Handgelenk rechts/ links (22)
- Fußgelenk (alternativ) (2)

Wann wird das Patientenarmband angelegt?

- Aufnahme (18)
- OP Vorbereitung (11)

Von wem wird das Patientenarmband angelegt?

- Pflegepersonal (18)
- weiß ich nicht (4)

Wann wird kein Patientenarmband angelegt?

- Ablehnung (13)
- Allergie (1)
- fehlender Ausdruck (4)
- Vergessen (4)
- nach Entfernung (2)
- weiß ich nicht (4)
- bei wachen adäquaten Pat. (2)

Warum werden nicht alle Patientenarmbänder angelegt?

- Vergessen (15)
- fehlender Ausdruck (6)
- Verloren (4)
- keine Erklärung (2)
- alle Pat. tragen eines (2)
- Entfernung (2)
- nur bei dementen Pat. (1)

Wann wird kontrolliert ob der Patient ein Patientenarmband trägt?

- nie (18)
- ggf. demente Pat. (2)
- OP Vorbereitung (2)
- Aufnahme (1)

Ist dies Bestandteil der Dokumentation?

- Nein (21)
- Stammbblatt (1)

Wie verfährt Ihr wenn Ersatz/ ein neues Patientenarmband benötigt wird?

- Nachfordern (13)
- Keine Konsequenz (7)
- Neues ausdrucken (2)

Was passiert bei Entlassung des Patienten mit dem Patientenarmband?

- Entfernen & Datenmüll (22)

Zweite Kategorie zur Frage der Identitätskontrolle von Patienten im Funktionsbereich (n=5)

Hier werden bei den geschlossenen Fragen die Funktionsbereiche hinter der jeweilig genannten Antwort aufgeführt. Folgende Abkürzungen werden zur besseren Übersicht genutzt: HKL (Herzkatheterlabor), Endo (Endoskopie), Röntgen (Radiologie), ITS (Intensivstation), Diab (Diabetologischer Eingriffsraum)

Wie wird die Patienten ID (Identifikation) vor Eingriffen durchgeführt?

aktive Befragung ()

ID Band ()

gar nicht ()

HKL

Endo

Diab

Endo

Röntgen

Röntgen

ITS

Wer kontrolliert die Patienten ID?

- Pflegepersonal (Alle ausser Diab)
- Ärzte (nur ITS)

Wann wird diese kontrolliert?

- vor Intervention (Alle ausser Diab)
- bei Bedarf (Diab.)

Wird kontrolliert ob ein Patientenarmband vorhanden ist?

Ja () HKL, Endo, Röntgen (Alle nicht gezielt)

Nein () Diab, ITS

Wenn Ja, wird dies dokumentiert?

Ja () HKL Wo: Checklisten

Nein () Endo, Röntgen

Wird die allgemeine ID Kontrolle dokumentiert?

Ja () HKL Wo: Checklisten

Nein () Endo, Röntgen, ITS, Diab

Wie wird verfahren, wenn kein Patientenarmband vorhanden ist?

Alle: keine Konsequenz

Wie wird verfahren, wenn das Patientenarmband zum Eingriff entfernt werden muss?

Alle: keine Konsequenz

Dritte Kategorie zur Analyse der Patientenidentifikation im OP durch das Anästhesiepersonal (n=8)

Wie kontrollierst Du die Patienten ID?

- Ansprechen mit Namen (1)
- Aktives Nachfragen Namen (6)
- Aktives Nachfragen Namen + Geb. Datum (2)
- Abgleich mit Patientenakte (2)
- gar nicht /Kontrolle der Patientendaten in Patientenakte (1)

Kontrollierst Du ob ein Patientenarmband vorhanden ist und gleichst es mit dem Patienten ab?

Ja (4)

Nein (4)

Wenn Nein, warum nicht?

- fehlendes Bewusstsein (4)
- fehlende Information über Maßnahme (4)
- Daten auf Armband zu klein (1)

Was tust Du, wenn auffällt dass kein Patientenarmband vorhanden ist, hat dies eine Konsequenz?

JA (3)

Nein (5)

Wenn Ja, welche?

- Nachfragen bei Station (2)
- Nachfordern bei Station (2)
- Ausdrucken im Aufwachraum (2)
- keine Konsequenz (4)

Wenn Nein, warum nicht Deiner Meinung nach?

- OP Verögerung (3)
- keine Zeit (1)
- fehlendes Wissen über Konsequenz (3)
- ID wird anders kontrolliert (2)

Was passiert, wenn das Patientenarmband zu Maßnahmen entfernt werden muss?

- Ablegen in Patientenakten (2)
- altes Armband neu ankleben (1)
- keine Konsequenz (5)

Zum Abgleich der Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (vgl. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2008) mit der Ist-Analyse im beschriebenen Krankenhaus, wurden die Ergebnisse der systematischen Beobachtung und der standardisierten Interviews in eine Matrix eingefügt. Damit werden diese in Bezug zu den Hinweisen der Handlungsempfehlung gesetzt. Zur Visualisierung des Ist-Status wurde das Ampelsystem mit den drei Farben Rot, Orange, Grün genutzt. Die Hinweise zur Handlungsempfehlung werden mit Grün als erfüllt, Rot nicht erfüllt und mit Orange als teilweise erfüllt dargestellt.

Hinweis des APS	Ist-Status	Begründung
Verwendung bei stationären Patienten		nicht alle Patienten
Verwendung bei ambulant operativen Patienten		nicht alle Patienten
Kerndatensatz auf Armband		
maschinell, elektronisch, hygienisch		
Standorte der Drucker, technische Umsetzung		
Unmittelbar nach Ausdruck anlegen		findet nicht regulär statt
Inhaltliche Überprüfung durch Dokument oder Patient		
Druckschrift, Barcode auf Patientenarmband		
Regelung bei Notaufnahme		
Regelung bei Systemausfall		bisher keine beschrieben
ID Kontrolle vor jeder diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen Maßnahme (aktives Nachfragen, Abgleich mit Patientenarmband)		findet nicht regulär statt
Ersatz von Patientenarmbändern		findet nicht regulär statt
Ort der Anlage (HG o. Fuß)		
Entsorgung der Patientenarmbänder		

Abbildung 3: Matrix über den Abgleich der Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) mit der IST-Analyse im beschriebenen Krankenhaus

7 Diskussion

In diesem Kapitel werden die erlangten Ergebnisse zusammenfassend dargestellt und mit der Fragestellung und Zielsetzung dieser Arbeit abgeglichen. Die sichere Patientenidentifikation wird als Führungsaufgabe dargestellt. Zu adressieren ist sie als Gemeinschaftsaufgabe an alle Personen die im Behandlungsprozess beteiligt sind, als unteilbare Verantwortung. (vgl. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2008) Bei der Ist-Analyse der Umsetzung des Patientenarmbandes bei adulten Patienten im beschriebenen Krankenhaus zeigt sich, dass die Infrastruktur, die technischen Maßnahmen, sowie das Patientenarmband selbst, inklusive an welcher Körperstelle es angelegt wird, den Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. entsprechen. Nach der Einführung des Patientenarmbandes im beschriebenen Krankenhaus, im Jahr 2012, zeigt sich heute, dass dieser organisationalen Erwartung nicht entsprochen wird. Die Verfahrensanweisung selbst weist Optimierungsbedarf in der differenzierten Beschreibung der Identitätskontrolle von Patienten und für den Fall eines Systemausfalls auf. Durch die Ergebnisse wird eine deutliche Differenz zwischen den Vorgaben der Organisation, den Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. und der tatsächlichen Umsetzung durch die Mitarbeiter deutlich. Diese Maßnahme zur Patientensicherheit ist zwar eingeführt und eine Verfahrensanweisung besteht, aber am „scharfen Ende“ wird diese nicht gelebt. Ein Nutzen für den Patienten zeigt sich jedoch nur, wenn diese auch angewendet und umgesetzt wird. (vgl. Muche-Borowski et al., 2014) Deutlich wird die unzureichende Information, wie auch Unsicherheiten der pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter, in Bezug auf die zwingende Notwendigkeit und die Möglichkeiten der Identitätskontrolle von Patienten, sowie die Maßnahmen durch das Patientenarmband. Aus systemtheoretischer Sicht kann hier eine bewusste Ausnutzung von Handlungsspielräumen mit bedacht werden. Mitarbeiter tun nicht automatisch das, was man von ihnen möchte. Die Einführung des Patientenarmbandes als initiierte Veränderung der Organisation und deren nachhaltige Wirkung ist von der Umsetzung, Implementierung und ihrer Prüfung abhängig. Dazu müssen bisher bewährte Routinen verlernt und neue erlernt, eingeübt und wiederholt werden. (vgl. Gärtner, 2008) Es ist nicht ausreichend, die Arbeits- oder Verfahrensanweisungen zu formulieren. Die betreffenden Prozesse der Zielbereiche müssen gekannt, verhindert und verändert werden. (vgl. Grasekamp, 2015) Die Diskrepanz der Verfahrensanweisung zu einer echten Anweisung für reales Verhalten wird deutlich. In der Literatur herrscht Einigkeit darüber, dass es zur erfolgreichen Einführung an Ressourcen und Unterstützung aus der Führungsebene bedarf, aber auch der Widerstand von Mitarbeitern ernst zu nehmen ist. Die Bedeutung der Führungskräfte als Vermittlungsagent wird hervorgehoben und ob diese das Verhalten der Mitarbeiter thematisieren. Denn dies wird genau beobachtet. Ob und wie reagiert z.B. die Leitung wenn das Patientenarmband fehlt oder es nicht kontrolliert wird? Häufig hat die Tatsache, ob

Patienten ein Patientenarmband tragen oder nicht im beschriebenen Krankenhaus keine Konsequenz. Organisationen bestehen aus vielen Strukturen und dürfen sich nicht nur nach formalen Strukturen richten. Aus systemtheoretischer Sicht sind Verfahrensanweisungen Veränderungsprozesse einer Organisation mit Optimierungsbedarf. Problem dieser ist, dass sie sich nicht vollständig abbilden. Es kann zu Abweichungen bis hin zum Scheitern kommen, wie hier die (Nicht-) Umsetzung des Patientenarmbandes oder der Patientenidentifikation. Durch systemtheoretische Aspekte kann der Frage nachgegangen werden, wie Organisation funktioniert und sich verfertigt. Es wird nicht nur kategorisch die inhaltliche Ausgestaltung betrachtet, sondern auch all die Widerstrebungen gegen die Veränderung sowie Abweichungen können durchdacht und analysiert werden. Das Schicksal eines Veränderungsprozesses sieht man am Interaktionssystem, also muss dort beobachtet und eingegriffen werden. Erwartungen der Organisation (als soziales System) kommen nicht einfach in die Interaktion (als weiteres soziales System). Daraus müssen unterschiedliche Maßnahmen auf den beiden Ebenen Organisation und Interaktion (dort wo es passiert) resultieren. (vgl. Baecker, 2003; Gärtner, 2008; Grasekamp, 2015; Hofinger, 2013; Dixon-Woods et al. 2011; Simon, 2013) Eine Ex Post Theoriebildung, als ein Konzept, um die Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit von Verbesserungsprogrammen auf andere Settings zu erhöhen, erscheint systemtheoretisch ebenfalls sinn- und wertvoll. (Dixon-Woods et al., 2011) In der Literatur werden Möglichkeiten der Implementierung und Verbesserung von Patientensicherheitsmaßnahmen beschrieben. In diesen werden beispielsweise detailliert die notwendigen Rahmenbedingungen, Vorarbeiten, Projektelemente, Schulungen, multimodale Implementierungsstrategien sowie das Monitoring der Implementierung erläutert. Diese könnten als Vorlage und Orientierungshilfe dienen, neue Veränderungen zu organisieren oder die Anwendung des Patientenarmbandes von Grund auf neu zu starten. Auch zu diesem Thema besteht Einigkeit in der Literatur darüber, wie wichtig die Einsicht der Mitarbeiter, die Verantwortung der Leitungen, eine Widerstandsanalyse, die Mitwirkung von Ambassadors bzw. Multiplikatoren sowie die nachhaltige Implementierung und Anwendung ist. Der Faktor der Zeit, die für eine erfolgreiche Implementierung notwendig ist, wird in den Fokus gerückt. (vgl. Kobler et al., 2015; Lessing et. al, 2015b; Muche-Borowski et al., 2014; Santos et al., 2015, Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2015b) In der Literatur sind gehäuft Untersuchungen zur Anwendung der chirurgischen Checkliste zu finden. Diese sind auf die Anwendung des Patientenarmbandes zu übertragen, zumal das Armband bzw. die Patientenidentifikation Bestandteil einer solchen Checkliste ist. Die Verhaltensänderungen anhand des Modells der Theorie des geplanten Verhaltens nach Ajzen, wie sie die Stiftung Patientensicherheit Schweiz in Bezug auf die Verwendung der chirurgischen Checkliste beschreibt, sind hier als Beispiel zu nennen. Die drei Einflussfaktoren Einstellung, wahrgenommene soziale Normen und wahrgenommene Verhaltenskontrolle der Mitarbeiter sind bei der Implementierung und Prozessbeschreibung mit zu bedenken und tragen alle für

den Erfolg der Implementierung und Absicht der Anwendung bei. (vgl. Bezzola et al., 2012) Mascherek et al. (2015) wiesen in diesem Zusammenhang auf, dass die allgemeinen Normen tatsächlich weniger Einfluss haben als die beiden anderen Faktoren. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, Mitarbeiter zu überzeugen und zu „infizieren“ sowie die Rahmenbedingungen so zu schaffen, dass Maßnahmen wie das Patientenarmband und die Patientenidentifikation, gut im Alltag angewandt werden können. (vgl. Mascherek et al., 2015) In welchem Umfang, unerwünschte Ereignisse, aufgrund fehlerhafter Identifizierung auftreten ist in der Literatur nicht beschrieben. (vgl. Lessing et al., 2015b) Betrachtet man die für den einen oder anderen vielleicht gering erscheinende Zahl von 11% der Patienten, die kein Armband beim Einschleusungsprozess in den OP tragen, mag dies zu Beginn ganz optimistisch stimmen. Dies bedeutet, dass immerhin 89% eines tragen. Aber wird dies unter Berücksichtigung des Schweizer Käse Modells und der unerwünschten Ereignisse betrachtet, (vgl. Ajzen, 1991; Fenger et al., 2015; Geraedts, 2014; Lessing et al., 2015b; Santos et al., 2015) wird schnell deutlich, welche drastischen, schwerwiegenden und unentschuldbaren Folgen dies haben könnte. Außerdem stellt sich die Frage, mit welchem Maß darf und soll hier gemessen werden? Tatsächlich fehlte bei ca. 30 % aller stationären Patienten im Jahr 2015 bereits der Ausdruck, mit zu bedenken ist hier, dass trotz Ausdruck oft kein Patientenarmband angelegt wird, bzw. auch bei angelegtem Armband keine Identitätskontrolle stattfindet. Die im Rahmen dieser Arbeit erhobene Überprüfung zur Umsetzung der bestehenden Verfahrensweisung, war nach meiner Kenntnis die erste Erhebung nach Veröffentlichung im beschriebenen Krankenhaus. Angestrebte Kennzahlen des Qualitätsmanagements oder der Geschäftsführung diesbezüglich sind mir nicht bekannt. Sollte nicht die 100%ige Umsetzung die zu erstrebende Kennzahl sein? Patientenidentifikation gehört zu den Grundvoraussetzungen einer sicheren Patientenversorgung und ist damit zentrale Aufgabe des klinischen Risikomanagements. Zusätzlich wird einem risikobasierten Ansatz des Qualitätsmanagements in Zukunft eine wachsende Relevanz zugeordnet, wie auch die neue ISO 9001 oder die neue Qualitätsmanagementrichtlinie (QM-RL) des G-BA erkennen lassen. (vgl. G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss, 2015a, b, c; Romeike, 2014; Winkler, 2015) Um Patientensicherheit erfolgreich zu leben, soll das Qualitäts- und Risikomanagement, ob nun fachlich getrennt oder in einer Abteilung zusammengefasst, mit Hilfe der Krankenhausleitung und der Führungskräfte ein Bewusstsein für Qualität und kontinuierliche Qualitätsverbesserung entwickeln. Dies, sowie das Aufstellen von klaren Regeln für die Patientenidentifizierung und Patientensicherheit, aber auch die daraus resultierende strikte Überprüfung der Befolgung, wird in der Literatur einheitlich als Aufgabe der Krankenhausleitung und Führungskräfte angesehen. Jeder Einzelne ist letztendlich selbst dafür verantwortlich, einen Patienten sicher zu identifizieren. Einer Einführung und Umsetzung sollte unbedingt die eindeutige Entscheidung der Führungsebene vorausgehen und diese muss dann Patientenidentifikation zur Gemeinschaftsaufgabe machen. (vgl. Aktionsbündnis

Patientensicherheit e.V., 2008; Busch, 2016; Euteneier 2015b; Romeike, 2014) Die Einführung und Umsetzung von klinischem Risikomanagement und die Förderung der Patientensicherheit erfordert qualifizierte Mitarbeiter. Becker und Winter (2015) beschreiben und empfehlen die Ausbildung klinischer Risikomanager mit Schwerpunkt Patientensicherheit. (vgl. Becker & Winkler, 2015) Es ist zu differenzieren, ob das Qualitätsmanagement als Bestandteil einer Organisation ein wie von Gärtner (2007) beschriebenes Betriebsaccessoire ist, oder ein Steuerungsinstrument. Wenn auch ich, wie er, den Vergleich mit dem Bild von Fritz Simon mache (vgl. Simon, 2013, S. 108-113): Diskutieren wir über Speisekarten und Gerichte oder kochen und essen wir gemeinsam und dies nicht nur in auserwählten Vorführküchen, wenn Besuch durch Auditoren da ist? Selbst wenn das Qualitätsmanagement noch so bemüht ist, stellt sich immer die Frage, ob es zum Aufbau von organisationsinternen Erwartungsstrukturen kommt. Überleben Standards und Verfahrensanweisungen auch nach einer Zertifizierung? Hier weist die Literatur auf, wie wichtig es ist, dass das Qualitätsmanagement als Steuerungsinstrument anzusehen ist und alte Erwartungen betrieblichen Verhaltens nicht nur kurzfristig ausgesetzt, sondern verlernt werden müssen. Ein Bewusstsein für Qualität und kontinuierliche Qualitätsverbesserung muss geschaffen werden. Dies kann aber nicht alleine dem Qualitätsmanagement überlassen werden. Denn das hat nur dann eine Chance, wenn kein „Reden über“, sondern „Verhaltensproduktion“ gefragt ist. Führungskräfte müssen das Programm der Organisation zeigen und die Verhaltensproduktion der Mitarbeiter durchgängig erwarten und darauf reagieren. Es müssen noch nicht einmal alle Mitarbeiter den Sinn hinter einer Maßnahme verstehen oder davon überzeugt sein, aber sie müssen merken, dass wenn sie etwas nicht tun was man von ihnen verlangt, man sich mit ihnen beschäftigt. (vgl. Busch, 2016; Gärtner, 2007) Qualitäts- und Risikomanagement ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für Patientensicherheit und auch eine Zertifizierung wird in diesem Zusammenhang in der Literatur nur als formaler Akt beschrieben, der oftmals keine Rückschlüsse auf die Risikolage erlaubt. (vgl. Müller, 2014) Im Zuge der Überlegung von Patientensicherheitsmaßnahmen empfiehlt die Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2015) den Fokus zu verschieben, weg von der konkreten Intervention hin zu einer ganzheitlichen Betrachtung des Themas. (vgl. Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2015b) Möchten wir eine sichere Patientenidentifikation und damit sichere Patientenversorgung, bedarf es einer etablierten Sicherheitskultur. (vgl. Bohnet-Joschko, 2015) Die Sicherheitskultur wird als der Nährboden beschrieben, auf der sich Maßnahmen erst entfalten können und konzentriert sich auf die Einstellungen, Wahrnehmungen, Werte, Fähigkeiten und Verhaltensmuster der Mitarbeiter. Damit thematisiert sie die Art wie sicherheitsrelevante Aspekte behandelt und beurteilt werden sowie welche Gefühle und welches Verhalten dadurch normativ und regulativ für die Mitarbeiter von Relevanz sind. Besteht eine ausgeprägte Sicherheitskultur, wird diese von allen gelebt, geprägt und im Alltag umgesetzt. Im Gegensatz dazu sind schwache Kulturen

geprägt von Widersprüchen, mangelnden Vorbildern und einer Mentalität ungeprüft Risiken einzugehen. (vgl. Euteneier & Bauer, 2015; Strunk, 2015) Setzt man die gewonnen empirischen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit in den Kontext einer offenen, praktisch etablierten Sicherheitskultur, stellt sich diese als schwach dar. Damit wird die zu Beginn der Arbeit aufgestellte Hypothese bestätigt. Dies soll nicht bedeuten, dass die dort tätigen Mitarbeiter nicht sicher handeln wollen oder gar vorsätzlich unsicher oder gefährdend handeln. Bohnet-Joschko (2015) beschreibt die Regelabweichung als Signal von Zielkonflikten. Die Mitarbeiter werden in ihrem Verhalten (z.B. der Nicht Einhaltung von Sicherheitsmaßnahmen) bestärkt, wenn durch diese Abweichung kein unmittelbarer Schaden einhergeht. Mit der Zeit wird die Abweichung als unbedenklich eingestuft und als Routine akzeptiert oder Mitarbeiter müssen sich im eng getakteten klinischen Versorgungsalltag bei konkurrierenden Zielen zwischen Effizienz und Sicherheit entscheiden. (vgl. Bohnet-Joschko, 2015) Auch zum Thema der Sicherheitskultur wird in der Literatur die Stellung der Führungskräfte wieder hervorgehoben. Damit langfristige, stabile Veränderungen zu einer stabilen Sicherheitskultur führen, bedarf es authentischer Führungskräfte die als Vorbild handeln, transparenter Veränderungsziele und regelmäßiger Impulse und Auffrischungen. Eine Sicherheitskultur kann nicht eingeführt, sie muss gelebt werden. (vgl. Bohnet-Joschko, 2015; Euteneier, 2015c; Röhrig, 2012) Aufgrund des unsicheren Bewusstseins und fehlendem Wissen zu wesentlichen Aspekte der Sicherheitskultur und der Patientensicherheit, verweisen mehrere Autoren in der Literatur auf die Notwendigkeit zur Implementierung dieser Themenkomplexe in Curricula, der Ausbildungen und Schulungen sowie in die Approbations und Prüfungsverordnungen medizinischen Personals. (vgl. Rosentreter, 2012; Schulz-Hanke, 2015; Santos et al. 2015) Vergleiche der Sicherheitskultur in Krankenhäusern mit der der Luftfahrtindustrie werden in der Literatur häufig herangezogen und beschrieben. Heutzutage sind viele Konzepte aus der Luftfahrt auf die Medizin übertragen worden. In der Literatur wird zum Thema des Zeitvorsprungs der Sicherheitskultur in der Luftfahrt sowie der Selbstverständlichkeit mit der diese dort gelebt wird, die nur ansatzweise zu erkennende Bereitschaft im Gesundheitswesen kritisiert. Verbesserung kann hier nicht nur durch Verhaltensänderung erreicht werden, sondern es benötigt Maßnahmen, welche die Arbeitsabläufe personalintensiver, teurer und langsamer machen. (vgl. Bohnet-Joschko, 2015; Müller, 2014; St. Pierre & Hofinger, 2014) „...Sicherheit hat ihren Preis und ist käuflich“ (Müller, 2014, S. 97) Zur Abbildung, Erfassung und Messung der Sicherheitskultur werden in der Literatur verschiedene Methoden zur Evaluation beschrieben. Interne und externe Audits aber auch spezifische Instrumente zur Erhebung der Einstellungen, Überzeugungen und Wahrnehmung zu Aspekten der Sicherheit werden dazu vorgeschlagen. Der Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC), das Manchester Patient Safety Assessment Framework (MAPSAF) mit deutscher Übersetzung (FRATIX) sowie das Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) werden als

international am häufigsten eingesetzte Instrumente empfohlen. (vgl. Euteneier & Bauer, 2015; Grandl & Schweppe, 2012; Hammer, 2012; Röhrig, 2012; St. Pierre & Hofinger, 2014) Als relevant zur Evaluation der Sicherheitskultur empfiehlt Strunk (2015) die Anwendung des Wiener Sicherheitskultur Fragebogen (WSF) und die Messungen in Diskussions- und Entwicklungsprozesse einzubetten. (vgl. Strunk, 2015) Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz empfiehlt als validiertes, kurzes Tool die Nutzung des aus dem englischen übersetzten und für die Schweiz validierten Fragebogens „Sicherheitsklima“ (vgl. Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2015b). Das Institut für Patientensicherheit (IfPS) der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn hat in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse ein Set aus sieben Fragen entwickelt, um die Sicherheitskultur aus Sicht der Patienten zu erfassen. (vgl. Kattlein & Monaca, 2016) Bisher wurde im beschriebenen Krankenhaus noch keines dieser Instrumente zur Evaluation der Sicherheitskultur angewandt. Zuletzt soll hier noch der Patient selbst als wachsamer Partner der Patientensicherheit in den Fokus gestellt werden. In der Literatur wird beschrieben, dass auch die systematische, aktive und konsequente Beteiligung der Patienten in die Kommunikationsstrategie und Prävention von unerwünschten Ereignissen einen kulturellen Wandel erfordert. (vgl. Schwappach & Frank, 2012; Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2008) Patienten selbst sehen im Übrigen Patientenarmbänder als sinnvoll an und in keinerlei Hinsicht als negativ. (vgl. Hollnecker & Karsch, 2009) Die aktuell laufenden Projekte „WorkSafeMed“, „Nutzen von Patientenidentifikationsarmbänder“ sowie das Projekt „Zusammenhang zwischen wahrgenommener Sicherheitskultur auf Patientensicherheits-Outcomes in deutschen Krankenhäusern (SafeCulture)“ des Instituts für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, lassen weitere Erkenntnisse zu den Themen der Patientensicherheit und Sicherheitskultur erwarten. (vgl. Institut für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität (IfPS), Bonn, 2015a,b, 2016) Durch die vorliegende Arbeit konnten Antworten zu den Fragen erörtert werden warum Mitarbeiter im Alltag von einem Sicherheitsstandard, als eine Maßnahme zur Patientensicherheit und Vorgabe der Organisation, abweichen oder ihn missachten. Darüber hinaus wurde dargestellt wie dieser Sachverhalt im Kontext der Sicherheitskultur steht. Als Grenze der vorliegenden Arbeit ist hier zu beachten, dass auf weitere Aspekte der Sicherheitskultur und des Risikomanagements wie z.B. Human Factors, Briefings, Trainings, der Umgang mit Fehlern, das Critical Incident Reporting System, Medizintechnik und Arzneimittelversorgung nicht eingegangen wurde. Weitere Limitierungen sind im empirischen Teil der Arbeit anzusiedeln. Zur exemplarischen Darstellung der Umsetzung eines Patientenarmbandes sind in diese Arbeit nur adulte Patienten exklusive der Geburtshilfe mit einbezogen worden. Durch die zeitliche Abfolge der systematischen Interviews wurde versucht, eine Verschiebung oder Beeinflussung der Ergebnisse bedingt durch ein verändertes Bewusstsein zu vermeiden. Die Anonymisierung der Befragungen kann als Chance angesehen werden, dass die Mitarbeiter größtenteils offen und

ehrlich geantwortet haben. Trotzdem kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Interview selbst zu einer anderen Auseinandersetzung mit der Thematik beiträgt und auch dies zu Verschiebung oder Beeinflussung der Ergebnisse führt. In dieser Arbeit wurden außer zur Analyse der Patientenidentifikation im OP, aus Gründen der Eingrenzung, nur Pflegepersonal in die Interviews mit einbezogen. Das Patientenarmband galt als exemplarischer Aufhänger, den Umgang mit Patientensicherheit und Sicherheitskultur in einem Krankenhaus systematisch sowie differenziert darzustellen und zu beleuchten.

8 Ausblick/ Empfehlungen

In Bezug auf die Umsetzung der Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. zur sicheren Patientenidentifikation (vgl. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2008) sieht der Verfasser der vorliegenden Arbeit die Überarbeitung der bestehenden Verfahrensanweisung, als notwendig an. Dort sollte als Prozessbeschreibung die genaue Vorgehensweise, inklusive der Maßnahmen bei Entfernung des Armbandes während des Aufenthaltes, detailliert beschrieben werden. Darüber hinaus müssen die Möglichkeiten und Zuständigkeiten einer Patientenidentifikation vor diagnostischen, operativen oder interventionellen Eingriffen eingehend benannt werden. Ein Konzept für einen Systemausfall muss erarbeitet und in der Verfahrensanweisung formuliert werden. Die bereits bestehende präoperative Checkliste sollte um das Item „Patientenarmband“ ergänzt werden. Damit wäre eine weitere Barriere als Kontrollfunktion für die Mitarbeiter während der OP-Vorbereitung installiert. Die Annahme einer Verhaltensänderung der Mitarbeiter, aufgrund der Veröffentlichung einer neuen Verfahrensanweisung, wird in der vorliegenden Arbeit deutlich als naiver Trugschluss dargestellt. Ein Krankenhaus kann nur dann Maßnahmen zur Patientensicherheit erfolgreich einführen und etablieren, wenn diese „top-down“ gestartet werden. Im Kontext einer Sicherheitskultur sollten diese von oben nach unten, also von der obersten Leitung über die mittleren Führungsebenen zu den Mitarbeitern am „scharfen Ende“ authentisch gewünscht, klar und deutlich formuliert, vorgelebt und auch kontrolliert werden. Alle Führungskräfte, wie die Krankenhausleitung und -direktion, die Pflegedirektion, Team- und Funktionsleitungen, Chef- und Oberärzte etc. müssen ihre Vorbildfunktion nutzen, um die eingeführten Konzepte und damit die Sicherheitskultur umzusetzen und zu leben. Die in der Literatur beschriebenen Implementierungsstrategien können hier als klare Hilfestellung dienen. In Zusammenarbeit mit dem Qualitäts- und Risikomanagement könnten Schulungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen geplant und durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang sollten die systemtheoretischen Aspekte mit bedacht werden, denn es braucht einen Perspektivenwechsel. In die Implementierung dürfen nicht nur die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter, sondern auch alle weiteren an der Patientenversorgung Beteiligten, wie z.B. die Mitarbeiter des Transportsdienstes, der Patientenaufnahme der Sekretariate oder die medizinisch-technischen Assistenten mit einbezogen

werden. Mit Hilfe der mittleren Führungsebene und der benannten Multiplikatoren könnte das Bewusstsein und die Überzeugung für Patientensicherheit und die Sicherheitskultur gefördert werden, wenn diese mit der Thematik „infiziert“ sind und sie mit „Energie und Blut“ an die Mitarbeiter bringen. Ausgebildete Risikomanager, mit dem Schwerpunkt Patientensicherheit aus unterschiedlichen Bereichen des Krankenhauses, könnten ebenfalls als Multiplikatoren dienen und für die interdisziplinäre Analyse von Risikopotential hilfreich sein. Audits sollten nicht nur zur Vorbereitung eines Systemaudits, sondern auch zur Überwachung und Kontrolle der Umsetzung von Verfahrensanweisungen und Prozessbeschreibungen regelmäßig, wiederholend, intern in „kleinem“ Rahmen durchgeführt werden. Die Implementierung benötigt Zeit und kontinuierliche Erinnerung. Die Prozesse und deren Umsetzung könnten durch die mittlere Führungsebene oder z.B. durch die Multiplikatoren und ausgebildeten Risikomanager, in Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagement, auditiert werden. Die Umsetzung der „Spielregeln“ kann damit über die Beobachtung von „Spielzügen“ der Mitarbeiter beobachtet werden. Ergebnisse, wie z.B. Erhebungen des Patientenarmbandes, sollten für alle transparent gemacht werden, um den Stand der Umsetzung für alle sichtbar darzustellen. Die Messung der Sicherheitskultur über die in der Literatur beschriebenen Instrumente, wie z.B. von Strunk (2015) oder des Instituts für Patientensicherheit (vgl. Kattlein & Monaca, 2016; Strunk, 2015), empfiehlt sich und sollte durch die Krankenhausleitung in Betracht gezogen werden. Die nächste Mitarbeiter- und Patientenbefragung sollte ebenfalls um Aspekte der Sicherheitskultur erweitert werden. Diese Maßnahmen können dann das Bewusstsein für Patientensicherheit weiter fördern, Potentiale erkennen lassen und hilfreich sein, weitere Schritte abzuleiten. Durch die Aufforderung, sich kritisch, offen und wachsam in den Behandlungsprozess mit einzubringen, können Patienten selbst zu einer Sicherheitsbarriere werden. Es sollte Aufgabe des Krankenhauses sein, Patienten über all die Maßnahmen zur Patientensicherheit zu informieren und sie aktiv nach Fehlern, Risiko- und Verbesserungspotential zu befragen. Zur Vervollständigung wird auch der Patientenflyer zum Patientenarmband des beschriebenen Krankenhauses (s. Punkt 4.8) in die Diskussion mit einbezogen. Als eine Maßnahme könnte der bisherige Flyer „Patientenarmbänder“ durch einen neuen zum Thema „Patientensicherheit“ ersetzt und durch eine Plakataktion im Hause sowie auf der Homepage des Krankenhauses ergänzt werden. Dies wiederum würde die Bedeutsamkeit und den Rang auch für die Mitarbeiter transparenter und deutlicher machen. Wenn es gelingt nicht nur die inhaltliche Ausgestaltung, sondern auch die Einstellungen, Wahrnehmungen, Werte, Fähigkeiten und Verhaltensmuster der Mitarbeiter mit zu bedenken und damit eine Kultur der Sicherheit zu schaffen, können Aspekte der Patientensicherheit zur Routine und zum festen Bestandteil des alltäglichen Handelns im Krankenhaus werden.

9 Zusammenfassung

Als eine Maßnahme zur Verbesserung der Patientensicherheit galt in den letzten Jahren die Einführung von Patientenarmbändern bei stationärer Aufnahme, ambulanten operativen Eingriffen oder Behandlungen. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. hat dazu Handlungsempfehlungen zur sicheren Patientenidentifikation veröffentlicht. Die Maßnahme des Patientenarmbandes ist ein Aspekt der Patientensicherheit und ist damit der Sicherheitskultur eines Krankenhauses untergeordnet. In der vorliegenden Arbeit dient dieser Teilaspekt, also die Umsetzung dieser Maßnahme bei adulten Patienten, als exemplarisches Beispiel zur Betrachtung der Sicherheitskultur eines Krankenhauses. Auch im hier beschriebenen Krankenhaus wurden bereits im Jahr 2012 Patientenarmbänder eingeführt, welche der Identitätskontrolle dienen sollen. Im Alltag sind jedoch immer wieder Abweichungen von diesem Sicherheitsstandard zu beobachten, so dass sich eine eindruckliche Differenz zwischen den Leitvorgaben der Organisation (des Krankenhauses) und der konkret scharfen Umsetzung durch die Mitarbeiter zeigt. Aus dieser Differenz entwickelten sich die Fragestellungen: «Warum weichen Mitarbeiter von einem solchen Sicherheitsstandard ab, missachten ihn sogar und wie kann dieser Sachverhalt in den Kontext der Sicherheitskultur des Krankenhauses gestellt werden?» sowie «Wie kommt es dazu, dass eine Maßnahme zur Patientensicherheit, welche von einer Organisation vorgegeben wird, im Alltag nicht bzw. nur unzureichend angewendet wird?» Die Hypothese des Autors der vorliegenden Arbeit entsprach einer defizitären Sicherheitskultur. Ziel war es, aufzuweisen wie sich diese Defizite in der Anwendung und Umsetzung des Patientenarmbandes darstellen und worauf sie beruhen könnten bzw. welche Faktoren die Einstellungen und das daraus resultierende Verhalten der Mitarbeiter beeinflussen. Zur Operationalisierung der Fragestellung sollte eine Ist-Analyse zur Umsetzung des Patientenarmbandes und ein Abgleich mit den entsprechenden Handlungsempfehlungen sowie der aktuellen Literatur dienen. Die Ergebnisse sollten in den Kontext der Sicherheitskultur des Krankenhauses gestellt und anschließend resultierende Maßnahmen und Folgen formuliert werden. Zu Beginn der vorliegenden Arbeit wurden Begrifflichkeiten sowie Grundlagen, welche für das weitere Verständnis der Arbeit von Bedeutung waren, dargestellt. Als Methodik zur Bearbeitung der Fragestellung wurde eine orientierende und systematische Literaturrecherche nach wissenschaftlicher bzw. aktuell relevanter Literatur gewählt. Diese Erhebung wurde durch einen empirischen Anteil ergänzt. Im Zeitraum vom 04.03.-30.03.2016 wurde bei allen Patienten, die im routinierten OP-Programm operiert wurden, im Rahmen einer standardisiert systematischen Beobachtung erfasst, ob sie beim Einschleusen in den OP ein Patientenarmband trugen oder nicht. Parallel dazu wurden die Vorgaben der Organisation zum Verfahren des Patientenarmbandes mit den Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. abgeglichen. Ergänzt werden konnte diese Ist-Analyse zur Umsetzung des

Patientenarmbandes durch 35 standardisierte Interviews in drei Kategorien, welche im Zeitraum vom 01.03.-01.04.2016 durchgeführt wurden. In der ersten Kategorie wurden 22 Interviews mit Pflegekräften geführt. Diese dienten zur Analyse der Umsetzung des Patientenarmbandes auf den Stationen. In der zweiten Kategorie wurden fünf Pflegekräfte der Funktionsbereiche zum Thema der Identitätskontrolle von Patienten befragt. Die dritte Kategorie diente zur Analyse der Patientenidentifikation im OP. Diese beinhaltete acht Interviews von Mitarbeitern der Anästhesie. Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden in den sechs Kategorien: das Patientenarmband als Maßnahme der Patientensicherheit, Qualitäts- und klinisches Risikomanagement, Sicherheitskultur, Messung der Sicherheitskultur, Theorie des geplanten Verhaltens und systemtheoretische Aspekte behandelt. Die standardisierten systematischen Beobachtungen konnten aufweisen, dass insgesamt 89% der Patienten ein Patientenarmband trugen und 11% keines. Die Ergebnisse der standardisierten Interviews in den drei Kategorien wurden dargelegt. Zur Visualisierung wurden die Ergebnisse in Bezug zu den Hinweisen der Handlungsempfehlungen in eine Matrix eingefügt (s. Abb. 3). Anschließend wurden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt und mit der Fragestellung und Zielsetzung dieser Arbeit diskutiert. Es bestätigte sich eine deutliche Differenz zwischen den Vorgaben der Organisation (die Verfahrensanweisung) und der tatsächlichen Umsetzung durch die Mitarbeiter. Ein Nutzen für den Patienten zeigt sich jedoch nur, wenn die Verfahrensanweisung auch angewendet, umgesetzt und am „scharfen Ende“ gelebt wird. Durch den empirischen Anteil dieser Arbeit konnten die unzureichende Information sowie Unsicherheiten der Mitarbeiter, in Bezug auf die Maßnahmen des Patientenarmbandes und der Identitätskontrolle von Patienten, aufgedeckt werden. Warum Mitarbeiter nicht automatisch das tun, was man von ihnen möchte, wurde mit Aspekten der Systemtheorie und der Theorie des geplanten Verhaltens erörtert. Die Einführung eines Patientenarmbandes als initiierte Veränderung der Organisation und deren nachhaltige Wirkung ist von der Umsetzung, Implementierung und ihrer Prüfung abhängig. Routinen müssen verlernt, neue erlernt und eingeübt werden. Die in der Literatur beschriebenen Möglichkeiten der Implementierung von Patientensicherheitsmaßnahmen wurden erläutert. Es wurde deutlich, dass Qualitäts- und Risikomanagement eine notwendige aber nicht hinreichende Voraussetzung für Patientensicherheit ist, auch wenn dieser in Zukunft eine wachsende Relevanz zugesprochen wird. Qualitätsmanagement ist als Steuerungsinstrument anzusehen, damit wir nicht über „Rezepte und Speisekarten“ sprechen, sondern gemeinsam „Kochen und Essen“. Die Bedeutung der Sicherheitskultur als Nährboden für Maßnahmen der Patientensicherheit, die sich auf die Einstellungen, Wahrnehmungen, Werte, Fähigkeiten und Verhaltensmuster der Mitarbeiter konzentriert, wurde deutlich. Im Kontext der empirischen Ergebnisse stellt sich eine offene, praktisch etablierte Sicherheitskultur nur schwach dar, womit die Hypothese die zu Beginn der Arbeit aufgestellt wurde, bestätigt wird. Mitarbeiter müssen sich im eng getakteten klinischen Versorgungs-

alltag zwischen Effizienz und Sicherheit entscheiden. Sie werden in ihrem Verhalten bestärkt, wenn mit einer Abweichung kein unmittelbarer Schaden einhergeht, dies wird später als Routine akzeptiert. Die Stellung und Rolle authentischer Leitungen und Führungskräfte, die als Vorbild und Vermittlungsagent handeln, Regeln aufstellen und Ressourcen schaffen wurde in der vorliegenden Arbeit mehrfach betont und hervorgehoben. Der Patient selbst stellt sich als eine geeignete Sicherheitsbarriere dar. Instrumente die zur Messung und Evaluation der Sicherheitskultur in Krankenhäusern in Betracht gezogen werden sollten, wurden aus der Literatur beschrieben. Durch die vorliegende Arbeit konnten Antworten zu den Fragen erörtert werden warum Mitarbeiter von einem Sicherheitsstandard, als eine Maßnahme zur Patientensicherheit und Vorgabe der Organisation, im Alltag abweichen oder ihn missachten. Darüber hinaus wurde dargestellt wie dieser Sachverhalt im Kontext der Sicherheitskultur steht. Abschließend wurden im Ausblick mögliche weitere Vorgehensweisen zur Verbesserung zusammengefasst. Wenn es gelingt eine Kultur der Sicherheit zu schaffen, können Aspekte der Patientensicherheit, wie das Patientenarmband, alltägliche Routine werden. Themen der Sicherheitskultur und Patientensicherheit werden wohl weiter an Relevanz gewinnen und im Fokus der Wissenschaft und Forschung stehen.

Danksagung

Die Datenerhebung im beschriebenen Krankenhaus, zur Erstellung der vorliegenden Arbeit, erfolgte im Wissen, Einverständnis und in Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung, Betriebsleitung, dem Qualitätsmanagement und den Mitarbeitern der Anästhesiepflege. All denen gilt ein besonderer Dank.

10 Anhang

10.1 Literaturverzeichnis

- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (äzq) (2015).** Fehlertehorie.
<http://www.aezq.de/patientensicherheit/fehlertheorie> (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- Ajzen, I. (1985).** From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In: Action Control. From Cognition to Behaviour (S. 11-39). J. Kuhl, & J. Beckmann (Hrsg.). (1985) Springer Verlag; Berlin, Heidelberg, New York
- Ajzen, I. (1991).** The Theory of Planed Behavior. Organizational Behavior an Human Decision Process. 1991. 50 (2) S: 179-211.
- Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (2006).** Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie. 2006.Quelle: http://www.pro-patientensicherheit.de/fileadmin/Medienablage/Dokumente/Aktionsbündnis_PatSi/APS-Handlungsempfehlungen-Eingriffsverwechslung-Armband.pdf (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (2008).** Handlungsempfehlungen zur sicheren Patientenidentifikation. 2008.Quelle: http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Handlungsempfehlungen/Patientenidentifikation/08-03-03_PID_Empfehlung_final_0.pdf (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (2009).** Glossar. <http://www.aps-ev.de/patientensicherheit/glossar/> (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (2014).** Wege zur Patientensicherheit. Lernzielkatalog für Kompetenzen in der <http://www.aps-ev.de/patientensicherheit/glossar/> Patientensicherheit. Eine Empfehlung des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 2014.Quelle: http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/AGs/EmpfehlungAGBuT_Lernzielkatalog_Wege_2014_05_14_neu.pdf (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- Baecker, D. (2003).** Organisation und Management. 2003. Suhrkamp Verlag; Berlin
- Becker, A., & Winkler, J. (2015).** Zertifizierte Ausbildung Klinischer Risikomanager mit Schwerpunkt Patientensicherheit. In: Beiträge zur Patientensicherheit im Krankenhaus (S. 281-302). A. Becker (Hrsg.). 2015. Mediengruppe Oberfranken; Kulmbach

- Berghaus, M. (2011).** Luhmann leicht gemacht. 2011. (3. Auflage). Böhlau Verlag; Köln, Weimar, Wien
- Bezzola, P.** Hochreutener, M., & Schwappach, D. (2012). Schriftenreihe Nr. 5; Operation Sichere Chirurgie; Die chirurgische Checkliste und ihre Implementierung: Kultur – Team – Tools. Stiftung Patientensicherheit, (Hrsg.) 2012. Zürich. Quelle: <http://www.patientensicherheit.ch/de/publikationen/Infomaterial-Schriften-B-cher.html> (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- Bohnet-Joschko, S. (2015).** Krankenhäuser als Hochrisiko -und Hochsicherheitsorganisation. In: Reader Risikomanagement im Krankenhaus (S. 169-182). Becker A. (Hrsg.). 2015. Mediengruppe Oberfranken; Kulmbach
- Brandenburg, H.,** Mayer , H., & Panfil, E.-M. (2013).Pflegewissenschaft 2; Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung (2. vollständig überarbeitete Auflage) 2013. Hans Huber Verlag; Bern
- Busch, H. (2016).** Die neue Abteilung für Qualität - Von der Qualitätsbuchhaltung zum Qualitätsmanagement. KU Gesundheitsmanagement. 2016. (2), S. 17-19.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie. (2013).**
<http://www.dgav.de/ueber-die-dgav/wissen-informationen/patientensicherheit.html> (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- Dixon-Woods, M.,** Bosk, C., Aveling, E., Goeschel, C., & Pronovost, P. (2011). Explaining Michigan: Developing an Ex Post Theory of a Quality Improvement Program. The Milbank Quarterly. 2011. 89 (2), S. 167-205.
- Duden. (2016a).** duden.de. Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.)
<http://www.duden.de/woerterbuch/englisch-deutsch/ambassador> (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- Duden. (2016b).** duden.de. Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.)
<http://www.duden.de/suchen/dudenonline/Aviatik> (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- Euteneier, A. (2015a).** Elemente des klinischen Risikomanagements. In: Handbuch Klinisches Risikomanagement (S. 255-291). Euteneier A. (Hrsg.). 2015. Springer Verlag; Berlin, Heidelberg, New York
- Euteneier, A. (2015b).** Prozesse- Sichere Patientenidentifikation. In: Handbuch Klinisches Risikomanagement (S. 483-485). Euteneier A. (Hrsg.). 2015. Springer Verlag; Berlin, Heidelberg, New York
- Euteneier, A. (2015c).** Changemanagement - Organisation des Wandels. In: Handbuch Klinisches Risikomanagement (S. 293-306). Euteneier A. (Hrsg.). 2015. Springer Verlag; Berlin, Heidelberg, New York

- Euteneier, A., & Bauer, H. (2015).** Grundsätzliche Aspekte des klinischen Risikomanagements. In: Handbuch Klinisches Risikomanagement (S. 59-82). Euteneier A. (Hrsg.). 2015. Springer Verlag; Berlin, Heidelberg, New York
- Fenger, H., Hoffmeier, A., & Welk, H. (2015).** Vermeidung von Verwechslungen von Patienten in der Chirurgie. In: Handbuch OP-Management (S. 721-724). Ansorg J., Diemer M., Heberer J., Taube C., von Eiff W. 2015. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; Berlin
- Gärtner, H. (2007).** Zur Ambivalenz des Qualitätsmanagements; Steuerungsinstrument oder Betriebsaccessoire? Krankendienst. 2007. (80), S. 10-14.
- Gärtner, H. (2008).** Mitarbeiterführung als geplante Irritation; Kleines systemisches Essay zur Führung in Sozialunternehmen. In: Supervision in Bewegung. Ansichten und Einsichten. (S. 243-256). Baur J., Berker P., Krapohl L., Nemann, M. 2008. Verlag Barbara Budrich; Opladen, Farmington Hills
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (G-BA) (2015a).** Pressemitteilung: Qualitätsmanagement in Praxen und Krankenhäusern: Neue Richtlinie vereinheitlicht die grundsätzlichen Anforderungen. <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/596/> (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (G-BA) (2015b).** Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Qualitätsmanagement-Richtlinie. Quelle: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2434/2015-12-17_QM-RL_Erstfassung.pdf Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V. 17.12.2016 (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss. (G-BA) (2015c).** Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Qualitätsmanagement-Richtlinie. Quelle: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3574/2015-12-17_QM-RL_Erstfassung_TrG.pdf (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- Geraedts, M. (2014).** Das Krankenhaus als Risikofaktor. In: Krankenhaus-Report 2014 Schwerpunkt: Patientensicherheit (S. 3-11). Geraedts M., Friedrich J., Klauber J., Wasem J. (Hrsg.). 2014. Verlag Schattauer GmbH; Stuttgart
- Grandl, K. & Schweppe, P. (2012).** Patientensicherheit in der EU, auf nationaler Ebene und auf Anwenderebene. In: Klinisches Risikomanagement II, Beiträge zur Patientensicherheit (S. 121-133). Becker A., Glaser A., Kröll W., Schweppe P., Neuper O. (Hrsg.). 2012. Neuer Wissenschaftlicher Verlag; Wien

Grasekamp, G. (2015). Veränderung in Organisationen jenseits von Resignation und Größenwahn. In: Beiträge zur Patientensicherheit im Krankenhaus (S. 381-397). Becker A. (Hrsg.). 2015. Mediengruppe Oberfranken; Kulmbach

Hammer, A. (2012). Zur Messung von Sicherheitskultur in deutschen Krankenhäusern. 2012. Dissertationsschrift an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln (Hrsg.).

Hoffman, B., & Rohe, J. (2010). Patientensicherheit und Fehlermanagement. Deutsches Ärzteblatt, 107 (6). S. 92-100.

Hoffmann, B., Siebert, H., Euteneier, A. (2015). Wie lernen wir, Patienten sicher zu versorgen? Patientensicherheit in der Ausildung der Gesundheitsberufe. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz. 2015. 58. S. 87-94.

Hofinger, G. (2013). Human Factors im Krankenhaus - Konzepte und Konsequenzen. 2013. Quelle: clinotel-journal: <http://www.clinotel-journal.de/article-id-016.html> (letzte Einsicht: 17.05.2016)

Hollnecker, J., & Karsch, A. (2009). Patientenidentifikation Ergebnisse einer Befragung zum Einsatz von Patientenarmbändern im Bundeswehrkrankenhaus Berlin. Das Krankenhaus. 2009. 101 (05) S. 486-489.

Institut für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn. (IfPS) (2015a). WorkSafeMed: Arbeitsbedingungen, Sicherheitskultur und Patientensicherheit im Krankenhaus – Prädiktoren für die Sicherheit im Medikationsprozess. <http://www.ifpsbonn.de/projekte/worksafemed> (letzte Einsicht: 17.05.2016)

Institut für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn. (IfPS) (2015b). IFPS Projekte. <https://www.ifpsbonn.de/projekte> (letzte Einsicht: 17.05.2016)

Institut für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn. (IfPS) (2016). Zusammenhang zwischen wahrgenommener Sicherheitskultur auf Patientensicherheits-Outcomes in deutschen Krankenhäusern (SafeCulture). <https://www.ifpsbonn.de/projekte/safeculture> (letzte Einsicht: 17.05.2016)

Internationale Organisation für Normung. (ISO) Iso 9000 http://www.iso.org/iso/home/standards/management-standards/iso_9000.htm (letzte Einsicht: 17.05.2016)

- Kattlein, M., & Monaca, C. (2016).** IfPS Entwicklung eines Itempools zur Messung von Sicherheitskultur aus Patientensicht. Institut für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn. 2016. Quelle: <https://www.ifpsbonn.de/projekte/siku-patientensicht> (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- Kohn, L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S.(Hrsg.)** Institute of Medicine (2000). To err is human: Building a safer health system. (2000). National Academy of Science
- Kobler, I., Bezzola, P., & Mascharek, A. (2015).** Wie kann die Implementierung von Patientensicherheitsprogrammen gelingen? Ein Beispiel aus der Schweiz. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2015. 109 (2). S. 132-137.
- KQM-RL. (2014).** KQM-RL Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser - KQM-RL) in der Fassung vom 21. Juni 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 242 (S. 16 896) vom 22. Dezember 2005 in Kraft getreten am 23. Dezember 2005, zuletzt geändert am 23. Januar 2014 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 16.04.2014 B4 in Kraft getreten am 17. April 2014. Von <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/516/> (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- Lessing, C. (2015a).** Häufigkeiten von unerwünschten Ereignissen im internationalen Vergleich. In: Handbuch Klinisches Risikomanagement. Euteneier A. (Hrsg.). 2015. Springer Verlag; Berlin, Heidelberg, New York
- Lessing, C., Lux, R., Standke, H., & Straß, C. (2015b).** Welchen Einfluß haben Schulungen auf die Qualität der Patientenidentifikation? Ergebnisse aus einer randomisierten, multizentrischen und multimodalen Interventionsstudie. Online Publikation: Gesundheitswesen. 2015. <https://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0035-1548855>. Heruntergeladen von: Deutsche Zentralbibliothek für Medizin.
- LIVIVO ZB-Med.** Suchportal Lebenswissenschaften. Deutsche Zentralkbibliothek Medizin. https://www.livivo.de/app/misc/help/search#Basic_Search (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- Lobnig, H., & Grossmann, R. (2013).** Organisationsentwicklung im Krankenhaus. 2013. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; Berlin
- Luhmann, N. (2002).** Das Erziehungssystem der Gesellschaft. 2002 Lenzen D. (Hrsg.) Suhrkamp Verlag; Berlin

- Müller, M. (2014).** Risiko- und Fehlermanagement in der Luftfahrt. Kann die Medizin davon profitieren? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2015. (1) S. 95-99.
- Mascherek, A.,** Bezzola, P., Gehring, K., Schwappach, D. **(2015).** Using the theory of planned behaviour to model antecedents of surgical checklist use: a cross-sectional study. 2015. BMC Health Services Research. 15. S. 462-470.
- Muche-Borowski, C.,** Kopp, I., & Nothacker, N. **(2014).** Leitlinienimplementierung - Wie schließen wir die Lücke zwischen Evidenz und Anwender. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2015. (1) S. 32-37.
- Österreichische Plattform für Patientensicherheit.** (ANetPAS).
<http://www.plattformpatientensicherheit.at> (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- Penner, A., & Büscher, A. (2015).** Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser- Eine sanktionslose Norm? Rechtliche Folgen einer Missachtung der Qualitätsmanagement- Richtlinie Krankenhäuser (KQM_RL). In: Reader Risikomanagement im Krankenhaus (S. 299-311). Becker A. (Hrsg.). 2015. Mediengruppe Oberfranken; Kulmbach
- Röhrig, S. (2012).** Sicherheit durch Führung - Der Chefarzt muss vorangehen. In: Klinisches Risikomanagement II, Beiträge zur Patientensicherheit (S. 241-242). Becker A., Glaser A., Kröll W., Schweppe P., Neuper O. (Hrsg.). 2012. Neuer Wissenschaftlicher Verlag; Wien
- Reason, J. (1990).** Human Error. 1990. Cambridge University Press; Cambridge
- Reif, M. (2015).** Glossar. In: Reader Risikomanagement im Krankenhaus. Becker A. (Hrsg.). 2015. Mediengruppe Oberfranken; Kulmbach
- Riedel, R., & Schmieder, A. (2014).** Einführung von Risikomanagement und CIRS im Krankenhaus als ökonomische Aufgabe anhand eines praktischen Beispiels. In: Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus (S. 174-183). Merkle A. (Hrsg.). 2014. Springer Verlag; Berlin, Heidelberg, New York
- Romeike, F. (2014).** Risk NET ISO 9001/2015: Risikobasierter Ansatz im Qualitätsmanagement. 2014. Quelle: <https://www.risknet.de/themen/risk-news/iso-90012015-risikobasierter-ansatz-im-qualitaetsmanagement/cd94243e0d2cad091406fde46e0c0301/> (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- Rosentreter, M. (2012).** Sicherheitskultur lernen - vom Berufsethos zum Curriculum Patientensicherheit. Deutsche Zeitschrift für klinische Forschung. 2012. 16 (5/6). S. 79-84.

- Santos, S.,** Leve, V., Lessing, C., Lux, R., Schrappe, M., Vollmar, H., & Zschocke, B. (2015). Entwicklung, Anwendung und evaluation eines Konzeptes zur sicheren Patientenidentifikation im Krankenhaus - Wie kann der WissensTransfert gelingen? Online-Publikation: Gesundheitswesen. 2015. <https://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0035-1549988>. Heruntergeladen von: Deutsche Zentralbibliothek für Medizin
- Schulz-Hanke, I. (2015).** Wie weit ist der Weg zu mehr Patientensicherheit. Das Gesundheitswesen. 2015. 77 (7). S. 447.
- Schwappach, D., & Frank, O. (2012).** Patienten als wachsame Partner - Patientenbeteiligung in der Patientensicherheit. Therapeutische Umschau. 2012. 69 (6). S. 359-362.
- SGB V (2015).** Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 Abs. 12 des Gesetzes vom 17. Februar 2016 (BGBl. I S. 203) geändert worden ist.
- Simon, F. B. (2013).** Einführung in die systemische Organisationstheorie. 2013. (4. Auflage). Carl Auer Verlag; Heidelberg
- St. Pierre, M., & Hofinger, G. (2014).** Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin. 2014. (3. Auflage). Springer Verlag; Berlin, Heidelberg, New York
- Stiftung Patientensicherheit Schweiz. (2015a).**
<http://www.patientensicherheit.ch/de/aktuell.html> (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- Stiftung Patientensicherheit Schweiz. (2015b).** Handbuch zur Implementierung und verbesserten Anwendung der chirurgischen Checkliste (WHO-Checkliste). 2015. Stiftung Patientensicherheit Schweiz (Hrsg.) Quelle: <http://www.patientensicherheit.ch/de/themen/Pilot-programme-progress-/progress--Sichere-Chirurgie/Kampagne-und-Download/Download-Formular/Unterstützungsmaterial.html> (letzte Einsicht: 17.05.2016)
- Strunk, G. (2015).** Sicherheitskultur. In: Beiträge zu Patientensicherheit im Krankenhaus. (S. 363-379). Becker A. (Hrsg.). 2015. Mediengruppe Oberfranken; Kulmbach
- Strunk, G.,** Vetter, E., Latzke, M., Steyrer, J., Schneidhöfer T.M. (2009). Sicherheitskultur - Versuch zur Klärung eines unklaren Konzeptes. In: Gesundheitsforschung. (S. 179-194). (1. Auflage). Gellner W., Schmöllner M. (Hrsg.). 2009. Nomos Verlag; Baden Baden

Tegtmeier, S. (2006). Erklärung der individuellen Existenzgründungsabsicht: die „Theory of Planned Behavior“ als sozialpsychologisches Modell im Gründungskontext. 2006. Lüneburger Beiträge zur Gesundheitsforschung. Diskussionspapier Nr. 1. Universität Lüneburg, Institut für Betriebswirtschaftslehre, Lehrstuhl Gründungsmanagement, Quelle: http://www.leuphana.de/fileadmin/user_upload/Forschungseinrichtungen/lehrstuehle/gmlg/files/Diskussionspapiere/Nr1_Tegtmeier_01.pdf (letzte Einsicht: 17.05.2016)

World Health Organization (WHO) (2011). Patient Safety Curriculum Guide: Multi professional edition. 2011. World Health Organization (Hrsg.)
Quelle: <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/en/> (letzte Einsicht: 17.05.2016)

World Health Organization (WHO) (2016). Action on Patient Safety – High 5s. 2016. <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en> (letzte Einsicht: 17.05.2016)

Winkler, J. (2015). Ein Mittel der Kommunikation. In: Reader Risikomanagement im Krankenhaus (S. 225-238). Becker A. (Hrsg.). 2015. Mediengruppe Oberfranken; Kulmbach

Wiener Sicherheitskultur Fragebogen (WSF). im Auftrag des Forschungsinstitut für Gesundheitsmanagement und Gesundheitsökonomie der Wirtschaftsuniversität Wien. Strunk G. <http://www.complexity-research.com/wsf/> (letzte Einsicht: 17.05.2016)

10.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Theorie des geplanten Verhaltens

Abbildung 2: Swiss Cheese Model of System Accidents, nach Reason

Abbildung 3: Matrix über den Abgleich der Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) mit der IST-Analyse im beschriebenen Krankenhaus

10.3 Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Anm. d. Verf.	Anmerkung des Verfassers
CIRS	Critical Incident Reporting System
DIN	Deutsches Institut für Normung
EN	Europäische Norm
FRATRIX	Frankfurter Patientensicherheitsmatrix
G-BA	Gemeinsame Bundesausschuss
GRB	Gesellschaft für Risikoberatung mbH
HSPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
ISO	internationale Organisation für Normung
IfPS	Institut für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KQM-RL	Qualitätsmanagement-Richtlinie für Krankenhäuser
LIVIVIO	interdisziplinäre Suchmaschine für Lebenswissenschaften
MAPSAF	Manchester Patient Safety Assessment Framework
OP	Operation oder Kurzwort für Operationssaal
PDCA	Plan Do Check Act
PDF	Portable Document Format
QM	Qualitätsmanagement
QM-RL	Qualitätsmanagement-Richtlinie
RFID	Radio Frequenz Identifikation
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	standard operating procedures/ protocols
WHO	World Health Organization
WSF	Wiener Sicherheitskultur Fragebogen
ZB Med	Zentralbibliothek für Medizin

10.4 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit zum Thema: „Das Patientenarmband im Kontext der Sicherheitskultur eines Krankenhauses“ selbständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Markus Brühl

Köln, 23.05.2016

10.5 Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Bachelorarbeit in der Bibliothek der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln, ausgestellt wird.

Markus Brühl

Köln, 23.05.2016

10.6 Anlagen

- Interviewbögen
- standardisierter Beobachtungsbogen

Befragung Patientenarmband

Station:

operativ ()

konservativ ()

Welche Patienten sollen ein Patientenarmband bekommen?

operative ()

konservative ()

alle ()

stationäre ()

ambulante ()

Wann & Wo wird das Patientenarmband erstellt & ausgedruckt?

Wo verbleibt das Patientenarmband bis zum anlegen?

Wann wird das Patientenarmband angelegt?

von wem?

Wo wird das Patientenarmband angelegt (Körperstelle)?

Wann wird kein Patientenarmband angelegt?

Warum werden nicht alle Patientenarmbänder angelegt?

Wann wird kontrolliert ob der Patient ein Patientenarmband trägt?

Ist dies Bestandteil einer Checkliste (z.B. präop. Checkliste)?

Wie verfährt ihr wenn Ersatz/ ein neues Patientenarmband benötigt wird?

Was passiert bei Entlassung des Patienten mit dem Patientenarmband?

Befragung Patientenarmband Funktionsbereich

Bereich:

Wie wird die Patienten ID vor Eingriffen durchgeführt?

aktive Befragung () ID Band () gar nicht ()

Wer kontrolliert die Patienten ID?

Wann?

Wird kontrolliert ob, ein Patientenarmband vorhanden ist?

Ja ()

Nein ()

Wenn Ja, wird dies dokumentiert?

Ja () Wo:

Nein ()

Wird die allgemeine ID Kontrolle dokumentiert?

Ja () Wo:

Nein ()

Wie wird verfahren, wenn kein Patientenarmband vorhanden ist?

Wie wird verfahren, wenn das Patientenarmband zum Eingriff entfernt werden muss?

Befragung Patientenarmband OP/ Anästhesiepersonal

Wie kontrollierst Du die Patienten ID?

Kontrollierst Du, ob ein Patientenarmband vorhanden ist und gleichst es mit dem Patienten ab?

Ja

Nein

Wenn Nein, warum nicht?

Was tust Du, wenn auffällt dass kein Patientenarmband vorhanden ist, hat dies eine Konsequenz?

JA

Nein

Wenn Ja, welche?

Wenn Nein, warum nicht Deiner Meinung nach?

Was passiert wenn das Patientenarmband zu Maßnahmen entfernt werden muss?

Erfassung Patientenarmband

Datum:

OP Saal:

Trägt der Patient ein Patientenarmband?

Ja	Nein	Station	Ambulant